

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



AUTO-REGULAÇÃO EMOCIONAL
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM E SEM DIABETES

Mónica Dultra Carvalho

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



AUTO-REGULAÇÃO EMOCIONAL
EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM E SEM DIABETES

Mónica Dultra Carvalho

Dissertação orientada pela Professora Doutora Isabel Sá

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa

2014

AGRADECIMENTOS

À **Professora Doutora Isabel Sá** por orientar este trabalho. Obrigada pela sua disponibilidade em esclarecer as minhas imensas dúvidas e por todas as preciosas sugestões e revisões.

À **Professora Doutora Luísa Bizarro** pelo auxílio ao longo da construção deste trabalho.

À **Rita e à Mariana**, que me acompanharam nesta aventura, e sempre me souberam transmitir calma e segurança nos momentos mais desesperantes. Obrigada por todo o apoio e pelo trabalho em equipa.

A todas as **crianças e jovens** que participaram nesta investigação e a tornaram possível. Obrigada pela vossa disponibilidade e paciência.

Ao **Professor Fernando**, por ter o dom de transformar o difícil em fácil e me ter ajudado a compreender primeiro, Matemática e Física, e mais tarde, Estatística.

Ao **Professor Paulo Rolim**, primeiro por me ter ensinado a pensar criticamente no que me rodeia, depois pela amizade incondicional e finalmente por ter ajudado a que este estudo se tornasse possível.

À **Dr^a. Ana Lúcia Covinhas e à Dr^a. Paula Silva** por todo o apoio e simpatia durante a recolha de dados.

À querida **Camila** que me inspira a cada dia a querer ser melhor pessoa e que me acompanhou ao longo desta minha caminhada transmitindo-me todo o seu carinho. Obrigada por estares sempre tão presente, mesmo quando não o estás. Obrigada pela revisão e pelas sugestões valiosas.

À **Rita Castanheira Alves** por me ensinar a viver de forma mais tranquila, por todas as vezes que conteve as minhas emoções e por tudo o que me permitiu descobrir sobre mim mesma. Sem isso, não conseguiria passar por todo este processo de forma tranquila e retirar dele o que merece ser retirado. “Devagar eu chego onde quero”...

Ao **David**, grande teórico e amigo, pela paciência em me aconselhar contribuindo com novas visões do problema. Obrigada por conteres as minhas emoções de forma incansável.

À **Ana Rita**, que me suportou nos momentos de desespero, riu e chorou comigo e que percorreu esta caminhada académica sempre do meu lado desde o primeiro dia.

À **Inês**, que festejou comigo os meus sucessos e soube transmitir-me força quando já nem eu sabia que a tinha. Obrigada. Somos mais fortes e resilientes do que pensamos ser...

À **Andreia**, pelo carinho e força que me transmitiu ao longo desta caminhada que percorremos juntas. Apesar de todos os altos e baixos, conseguimos mais uma etapa das nossas vidas, juntas. Obrigada.

À **Cris**, pela contribuição para esta tese através da introdução de dados e por acreditar em mim incondicionalmente.

Ao **Rúben** por estar sempre tão perto mesmo estando longe. Obrigada por me ouvires e alegrares os meus dias cinzentos.

À **Mafalda**, por acreditar em mim incondicionalmente e me transmitir força nesta caminhada.

Por fim, aos meus **Pais e Avós** que sempre me souberam transmitir valores que guardo e aprecio e que tornaram este curso possível. Obrigada pela educação, pelo apoio incondicional, pelo vosso carinho e por acreditarem sempre que sou capaz. A vocês dedico este trabalho.

RESUMO

O presente estudo insere-se numa investigação mais vasta com o propósito de traduzir e adaptar o Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA) para a população portuguesa, tendo como objectivos específicos: (1) estudar as propriedades psicométricas do ERQ-CA, a fim de colmatar a necessidade de um instrumento que avalie as estratégias de auto-regulação em crianças e adolescentes portugueses, (2) verificar qual a relação entre estratégias de auto-regulação emocional, bem-estar psicológico e satisfação com a vida em crianças e adolescentes com diabetes, uma vez que esta doença obriga a adaptações que envolvem grande gestão emocional e, (3) investigar a influência da diabetes na utilização de estratégias de auto-regulação emocional e nos níveis de bem-estar psicológico e satisfação com a vida. A amostra é constituída por 732 crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos, subdivididos em duas subamostras: presença e ausência de diabetes, constituídas por 32 e 700 participantes, respectivamente. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de três questionários: a tradução do Emotional Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA), a Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA) e a Escala de Satisfação com a Vida (ESV). Os resultados demonstram que o ERQ-CA assume uma estrutura diferente na população portuguesa. Foram ainda encontradas correlações significativas entre as três variáveis, o que vem corroborar estudos anteriores. Por fim, não foram encontradas diferenças entre ambos os grupos, o que parece indicar que a presença de diabetes parece não ter influência quer nas estratégias de auto-regulação utilizadas, quer nos níveis de bem-estar e satisfação com a vida.

Palavras-chave: Auto-regulação Emocional; Supressão Emocional; Reavaliação Cognitiva; Bem-estar psicológico; Satisfação com a Vida; Diabetes.

ABSTRACT

This study is part of a wider investigation with the purpose of translating and adapting the Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA) for the Portuguese population, with the following objectives: (1) to study the psychometric properties of ERQ-CA, in order to fill the need for an instrument to assess the strategies of self-regulation in portuguese children and adolescents, (2) determine how the strategies of emotional self-regulation relate to the psychological well-being and the satisfaction with life in children and adolescents with diabetes, since this disease requires adaptations involving great emotional management, and (3) investigate the influence of diabetes on the use of strategies for emotional self-regulation and levels of psychological well-being and life satisfaction. The sample consists of 732 children and adolescents aged between 10 and 18 years, divided into two subsamples: the presence and absence of diabetes, consisting of 32 and 700 participants, respectively. Data collection took place through the application of three questionnaires: the translation of Emotional Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA), the Scale for Psychological Well-Being for Adolescents (EBEPA) and the Scale of Life Satisfaction (ESV). The results show that the ERQ-CA assumes a different structure in the Portuguese population. Were still found significant correlations between the three variables, which corroborates previous studies. Finally, no differences between both groups were found, which seems to indicate that the presence of diabetes appears to have no influence either on self-regulation strategies used, either in levels of psychological well-being and life satisfaction.

Keywords: Emotional self-regulation; Emotional suppression; Cognitive reappraisal; Psychological well-being; Satisfaction with Life; Diabetes.

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO.....	1
2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
2.1.Emoção e Auto-Regulação Emocional.....	3
2.1.2.Emoção.....	3
2.1.2.Auto-Regulação Emocional.....	4
2.1.3.Auto-Regulação Emocional e Coping.....	6
2.1.4.Modelo Processual da Auto-Regulação Emocional.....	7
2.1.5.Duas Estratégias de Auto-Regulação Emocional: Reavaliação e Supressão.....	8
2.1.6 Auto-Regulação Emocional ao longo do Desenvolvimento.....	11
2.2.Bem-Estar e Satisfação com a Vida.....	14
2.2.1.Bem-Estar Subjectivo e Psicológico.....	14
2.2.2.Satisfação com a Vida.....	16
2.3.Regulação Emocional, Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a vida na Doença Crónica..	16
2.3.1.Diabetes Mellitus.....	16
2.3.2.Diabetes na Infância Tardia e Adolescência.....	17
2.3.3.Diabetes e Auto-regulação Emocional.....	20
2.3.4.Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida na Diabetes.....	21
3.METODOLOGIA.....	24
3.1.Propósito, Objectivos e Questões.....	24
3.2.Participantes.....	25
3.3.Instrumentos de Medida.....	25
3.3.1.Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA)...	25
3.3.2 Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA).....	26
3.3.3.Escala de Satisfação com a Vida (ESV).....	27
3.4.Procedimentos de Recolha de dados.....	27
3.5.Aspectos Éticos.....	28
3.6. Procedimentos Estatísticos.....	28

4.RESULTADOS.....	31
4.1.Estudo Psicométrico dos Instrumentos de Medida na População Sem Doença	31
4.1.1.Análise Factorial do ERQ-CA.....	31
4.1.2. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações no ERQ-CA.....	32
4.1.3.Análise Factorial na EBEPa.....	33
4.1.4. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações na EBEPa.....	34
4.1.5 Análise Factorial na ESV	35
4.1.6. Análise Descritiva, Consistência Interna na ESV.....	35
4.1.Estudo Psicométrico dos Instrumentos de Medida na População Com Doença	36
4.1.1. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações no ERQ-CA.....	36
4.1.2. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações na EBEPa.....	36
4.1.3. Análise Descritiva, Consistência Interna na ESV.....	37
4.3.Análise das Relações entre Auto-regulação Emocional, Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida.....	37
4.4.Comparação entre Amostras (Presença/Ausência de Diabetes).....	38
4.4.1 Análise das Variâncias das Estratégias de Regulações Emocional (ERQ-CA).....	39
4.4.2 Análise das Variâncias das Dimensões do Bem-estar Psicológico (EBEPa).....	40
4.4.3 Comparação das Médias de Satisfação com a Vida (ESV).....	40
5.DISSCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	41
5.1.Discussão.....	41
5.2.Conclusões.....	49
5.3.Implicações.....	50
5.4.Limitações e Questões Futuras.....	51
6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Modal da Emoção: Processo gerador da emoção (Adaptado de Gross & Thompson, 2007).....	4
Figura 2 – Modelo Processual da Emoção (Gross & Thompson, 2007).....	8

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Análise Factorial do Questionário ERQ-CA.....	31
Tabela 2 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas do ERQ-CA.....	32
Tabela 3 – Análise Factorial da EBEPA.....	33
Tabela 4 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas da EBEPA.....	34
Tabela 5 – Análise Factorial da Escala ESV.....	35
Tabela 6 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas do ERQ-CA.....	36
Tabela 7 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas da EBEPA.....	37
Tabela 8 – Matriz de Correlações entre ERQ-CA x EBEPA x ESV.....	37
Tabela 9 – Testes multivariáveis para o ERQ-CA.....	39
Tabela 10 – Efeitos entre assuntos no ERQ-CA.....	39
Tabela 11 – Testes multivariáveis para a EBEPA.....	40
Tabela 12 –T-Test para a ESV.....	40

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - Cartas Formais

Anexo B – Consentimento Informado

Anexo C – Instrumentos –Escola

Anexo D – Instrumentos – Associação

1.INTRODUÇÃO

A Diabetes é uma doença crónica que obriga a mudanças nos estilos de vida e nos comportamentos dos indivíduos. Em Portugal, no ano de 2012 foram registados 3200 casos de diabetes na infância e adolescência, sendo que a incidência desta doença na população portuguesa tem vindo a aumentar significativamente ao longo dos anos (Gardete et. al., 2013). O tratamento desta doença crónica requer um regime que engloba uma alimentação adequada, a prática de exercício físico, a monitorização frequente dos níveis de glicémia e duas ou mais injeções de insulina por dia, para além das consultas médicas periódicas e das possíveis hospitalizações (Anderson, Svoren & Laffel, 2007). Sendo este tratamento exigente e complexo, implica grande responsabilidade da parte do paciente, a partir do momento do diagnóstico (Amaral, 1997 citado por Lopes Silva, 2006). Cumulativamente, exige do indivíduo grande capacidade de gestão, tanto de factores mais práticos, como de factores psicológicos e emocionais. Todas estas exigências tendem a impor limitações nas rotinas destas crianças e adolescentes, bem como nas rotinas das suas famílias, podendo conduzir a maiores dificuldades a um desenvolvimento psicológico harmonioso e equilibrado (Trindade & Carvalho Teixeira, 1998 citado por Bizarro, 2001). Assim, uma doença crónica na infância ou na adolescência é normalmente assumida como uma condição de risco para alterações ao seu bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

As emoções têm sido associadas à adesão e à gestão da diabetes, demonstrando grande influência no controlo metabólico e nos comportamentos destes indivíduos (Riazi, Pickup & Bradley, 2004). Neste sentido, as estratégias de auto-regulação emocional têm sido apontadas como fulcrais na adesão e na gestão da diabetes (Graziano, 2011). Estas questões são particularmente importantes na adolescência, uma vez que esta fase de desenvolvimento se caracteriza por grandes mudanças quer a nível hormonal, quer a nível emocional, associadas a uma procura crescente por autonomia, factores que podem reduzir significativamente a capacidade de gestão da doença. O presente estudo foca-se em duas estratégias de auto-regulação emocional, nomeadamente a Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional, pretendendo investigar como podem estas estratégias ser avaliadas, bem como se existem diferenças de regulação emocional em crianças e adolescentes com e sem doença crónica e de que forma contribuem para a avaliação destas estratégias e para a adaptação e gestão da doença durante a infância tardia e adolescência.

Neste sentido, foi estudado um questionário de avaliação de estratégias de auto-regulação emocional (ERQ-CA), no sentido de compreender e melhorar a adaptação

destes jovens à doença em futuras intervenções psicoterapêuticas. Desta forma, foram estabelecidos os seguintes objectivos: (1) estudar as propriedades psicométricas do ERQ-CA para crianças e adolescentes da população portuguesa, a fim de colmatar a necessidade de um instrumento que avalie as estratégias de auto-regulação em crianças e adolescentes portugueses, (2) verificar se as relações entre auto-regulação emocional, bem-estar psicológico e satisfação com a vida encontradas em adultos se verificam também em crianças e adolescentes com doença crónica, uma vez que esta doença obriga a adaptações que envolvem grande gestão emocional e, por fim, (3) averiguar diferenças nestas variáveis em crianças e adolescentes com e sem doença crónica.

Assim, o presente estudo, de natureza quantitativa, encontra-se inserido numa investigação mais vasta para a tradução e adaptação para a população portuguesa do questionário de auto-regulação emocional (ERQ-CA) e pretende ainda relacionar as variáveis Supressão Emocional e Reavaliação Cognitiva com Bem-estar Psicológico e Satisfação com a Vida em crianças e adolescentes com doença crónica (diabetes). Para a avaliação das estratégias de auto-regulação foi utilizado o Questionário de Auto-Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA) de Gullone e Taffe (2012), para avaliar o nível de bem-estar psicológico foi utilizada a Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA) de Bizarro (2000/2001) e finalmente, para avaliar o nível de satisfação com a vida foi utilizada a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985). Os dados foram recolhidos em escolas e numa associação, tendo sido obtidas duas subamostras: uma da população sem doença crónica constituída por 700 crianças e jovens, e uma da população com doença crónica constituída por 32 crianças e adolescentes com diabetes.

Quanto à estrutura, no segundo capítulo é apresentado o Enquadramento Teórico, onde são revistos estudos anteriores e definidos os conceitos estudados, tais como emoção, auto-regulação, bem-estar ou satisfação com a vida. No terceiro capítulo será apresentada a Metodologia utilizada onde se definem os objectivos, as questões de investigação, os participantes, os procedimentos de recolha de dados, as medidas e os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos estatísticos. Na Análise dos Resultados, quarto capítulo, serão exibidos os resultados obtidos, bem como a análise estatística dos mesmos. Por último, a Discussão correspondente ao quinto capítulo, apresenta uma reflexão e discussão dos resultados obtidos no capítulo anterior, bem como as limitações do estudo, e os contributos desta investigação para intervenções clínicas e para investigações futuras.

2.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1.Emoção e Auto-regulação Emocional

2.1.1. Emoção

Ao longo do tempo vários autores tentaram definir o complexo construto de “emoção” das mais diversas formas. Em 1884, William James definiu as emoções como tendências de respostas comportamentais e fisiológicas adaptativas que são directamente convocadas por situações evolutivamente significativas. Investigadores mais recentes vêem as emoções como sequências flexíveis de respostas (Fridja, 1986) que são convocadas quando um indivíduo avalia uma situação como desafiadora (Toboy & Cosmides, 1990, citado por Gross, 1999). Desta forma, as emoções são reacções subjectivas e idiossincráticas a um determinado evento do ambiente interno ou externo e podem ser caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais que permitem ao indivíduo a atribuição de um significado à experiência e o preparam para a acção (Sroufe, 1996). Actualmente, este construto parece ainda não ser completamente consensual, no entanto, as emoções tendem a ser definidas como fenómenos cerebrais diferenciados do pensamento, que contêm as suas próprias bases neuroquímicas e fisiológicas (Greenberg, 2002) e que preparam o organismo para a acção em resposta a um determinado estímulo interno ou desafio externo (Kring & Bachorowski, 1999). Estas informam que uma necessidade, valor ou objectivo importante poderá estar a ser atingido ou frustrado numa dada situação (Fridja, 1986) e indicam como os indivíduos se avaliam e avaliam o seu mundo (Greenberg, 2004). Além de serem um sistema de significados que informa o indivíduo acerca do significado dos eventos para o seu bem-estar e de tendências de acção rápidas e adaptativas (Fridja, 1986), são também um sistema de comunicação de intenções (Sroufe, 1996). As diversas abordagens teóricas têm apontado os múltiplos componentes biológicos, comportamentais, cognitivos, sociais e de expressão das emoções, demonstrando que estas operam de forma sincronizada a diferentes níveis de processamento (Greenberg, 2002).

Segundo Lazarus (1991), não é o evento, mas sim a avaliação que o indivíduo faz do evento que conduz a determinada emoção. Neste sentido, Gross e Thompson (2007) explicitam o processo pelo qual se gera a emoção no seu Modelo Modal da Emoção (Figura 1). Assim, para que seja gerada uma emoção, é necessário que o indivíduo atenda a uma situação que tenha particular significado para si. Esta situação irá despoletar uma avaliação que constitui a avaliação da familiaridade, valência e relevância da mesma (Ellsworth & Scherer, 2003, citado por Gross & Thompson, 2007). Tais avaliações culminam na geração de respostas emocionais.

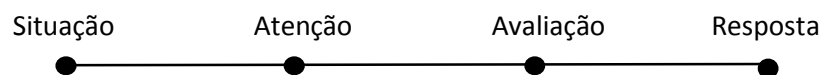


Figura 1 – Modelo Modal da Emoção: Processo gerador da emoção
(Adaptado de Gross & Thompson, 2007)

A emoção tem sido apontada como fundamental na construção do *self* e é determinante na organização do mesmo, dando à vida muito do seu significado (Greenberg, 2004). Assim, as emoções são importantes na comunicação de estados internos, na promoção de competência para explorar o ambiente, na promoção de respostas adequadas em situações de emergência ou no encorajamento de interações com o ambiente (Stroufe, 1996). Neste sentido, Vasco (2013) sugere que as emoções desempenham quatro funções fundamentais: (1) orientar o nosso mundo, dando significado à experiência; (2) comunicar connosco e com os outros, tanto verbal como não verbalmente; (3) prevenir a transformação de emoções primárias em secundárias e as complicações que essa transformação poderá trazer; (4) sinalizar e preparar para a acção, através da sinalização do grau de satisfação das necessidades e acções necessárias para essa regulação.

As discrepâncias entre a tendência de resposta emocional e o comportamento manifesto sugerem que os indivíduos podem modular as suas tendências de respostas emocionais, levantando assim questões sobre como, porquê e quando os indivíduos tentam regular as suas emoções (Gross, 1998a).

2.1.2. Auto-regulação Emocional

Ao longo do tempo, tem sido cada vez mais consensual que os indivíduos exercem controlo considerável sobre as suas emoções, usando um largo espectro de estratégias de regulação emocional (Gross, 1998b).

A auto-regulação emocional refere-se aos processos através dos quais os indivíduos influenciam que emoções têm, quando as têm e como as experienciam e as expressam. Estes processos podem ser automáticos ou controlados, conscientes ou inconscientes e podem ter efeito em qualquer ponto do processo gerador da emoção (Gross, 1998). Estes processos envolvem capacidades e estratégias para monitorizar, avaliar e modificar reacções emocionais (Gullone, Hughes, King & Tongue, 2010) e os seus efeitos são visíveis ao longo das várias respostas emocionais, incluindo comportamento, fisiologia ou cognições (Koole, 2009). Durante a regulação emocional, os indivíduos podem manter, aumentar ou diminuir emoções

positivas e negativas¹ (Koole, 2009). Desta forma, estes processos não se focam apenas nas emoções categorizadas como negativas, mas regulam também as emoções categorizadas como positivas (Gross & Thompson, 2007).

É difícil perceber “onde a emoção acaba e a regulação começa” (Davidson, 1998, p.308). Com o objectivo de esclarecer esta dificuldade, Koole (2009) explica que a primeira reacção emocional à situação pode ser qualitativamente diferente da resposta emocional secundária, reflectindo a primeira a sensibilidade emocional dos indivíduos, e a secundária, a regulação emocional. Assim, é primeiro necessário que ocorra uma resposta emocional “indesejada”, para que depois possa haver regulação emocional no sentido da resposta “desejada” (Koole, 2009). Poderíamos argumentar que nem sempre este processo acontece desta forma, pois poderão ocorrer processos de regulação emocional, como o evitamento, que precedem a emoção, uma vez que esta estratégia impede o aparecimento de emoções consideradas desagradáveis. No entanto, estudos demonstram que a antecipação de uma experiência emocional leva à simulação parcial dessa experiência, na qual respostas emocionais do cérebro e corpo são activadas (Niedenthal, 2007).

Numa visão tradicional, a regulação emocional serve necessidades hedonistas, procurando o prazer e evitando a dor (Larsen, 2000), operando na ausência da consciência de qualquer objectivo, sendo assim, na sua maioria, um processo inconsciente. Estas necessidades são activadas na presença de estímulos emocionais (Berridge & Winkielman, 2003) e orientadas para a gratificação, tendo assim uma qualidade impulsiva (Tice, Bratslevsky & Baumaier, 2001). Apesar da regulação emocional cumprir necessidades hedonistas, esta função não cobre todos os processos. Assim sendo, a regulação emocional tem, igualmente, a função de facilitar o cumprimento de objectivos (Gross, 2007) e de otimizar o funcionamento global da personalidade, promovendo flexibilidade e coerência a longo prazo (Kuhl, 2000).

¹Embora alguns autores categorizem as emoções em negativas e positivas, uma classificação mais adequada seria a de emoções adaptativas e não-adaptativas e desagradáveis e agradáveis, assim como Vasco (2013) sugere: “As emoções não são “positivas” nem “negativas,” mas sim subjectivamente eufóricas (agradáveis) ou disfóricas (desagradáveis) e adaptativas ou não-adaptativas! Aliás, existem experiências emocionais que são agradáveis e não-adaptativas (como o prazer associado aos consumos ou a satisfação dos assassinos em série), e experiências emocionais que não são agradáveis, mas que são adaptativas, como a experiência de tristeza associada a uma perda significativa!” (Vasco, 2013, pp 39). Ao longo do estudo serão utilizadas as diferentes designações de acordo com o contexto, no entanto será dada preferência à designação apresentada.

2.1.3. Auto-Regulação Emocional e Coping

O coping engloba os esforços cognitivos e comportamentais que surgem em resposta a exigências (do meio ou intrapsíquicas) e é moldado pela avaliação que o indivíduo faz da situação e dos seus recursos (Lazarus & Folkman, 1984; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Diferenciar coping de regulação emocional pode ser uma difícil tarefa, uma vez que são ambos construtos com algumas sobreposições, sendo a regulação emocional muitas vezes apresentada como uma subcategoria do coping. Estes dois conceitos são efectivamente diferentes, embora por vezes, de forma não muito clara. Enquanto o coping tem como foco primário o de reduzir a experiência da emoção negativa ou desagradável (Gross, 1998a), a regulação emocional inclui acções que podem levar ao aumento ou manutenção das emoções positivas ou agradáveis (Folkman, 1997). Koop (1989) acrescenta ainda que a regulação emocional é um termo usado para caracterizar processos e características envolvidas no coping com um nível alto de emoções positivas ou negativas. Apesar das diferenças, alguns autores salientam as suas semelhanças. Rossman (1992) argumenta que ambos os modelos de coping e regulação emocional incluem a avaliação do ambiente, a experiência emocional e a selecção automática de tendências de acção para regular e talvez alterar o ambiente e algum tipo de feedback sobre o sucesso da tentativa de regulação. Eisenberg, Fabes e Guthrie (1997) notam a proximidade entre os dois conceitos, referindo que além do coping ser motivado por activação emocional, vários tipos de coping são semelhantes aos tipos de regulação emocional discutidos na literatura. De facto, todas as estratégias de regulação emocional podem ser consideradas estratégias de coping (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Podemos assim dizer que a distinção entre estes conceitos não é muito clara e que a auto-regulação emocional pode ser considerada como uma subcategoria do coping com características específicas. Ainda assim, Eisenberg e colaboradores (1997), sugerem que o coping é ao mesmo tempo mais e menos que a regulação emocional porque, se por um lado o coping se refere apenas a um conjunto de processos de auto-regulação (os que acontecem perante situações stressantes), por outro, o coping inclui mais do que a regulação da emoção, pois quando confrontado com stress, o indivíduo lida, não só com a emoção, mas também com outras variáveis como o comportamento, a atenção, a cognição e o contexto.

Ao longo do tempo, a investigação tem-se esforçado por identificar famílias ou categorias com o objectivo de organizar as diferentes formas de coping. A regulação emocional encontra-se dentro da categoria da auto-confiança que é descrita como estratégias que permitem aos

indivíduos coordenar a sua confiança nos outros com os recursos sociais disponíveis (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

2.1.4. Modelo Processual da Regulação Emocional

Gross (1998a) aponta três abordagens distintas para compreender e definir o construto de regulação emocional. Uma dessas abordagens pretende descrever exatamente o que as pessoas fazem quando tentam regular-se emocionalmente. Uma segunda abordagem consiste em categorizar os esforços usados para regular a experiência, expressão ou fisiologia. Por fim, a abordagem processual consiste na análise do processo gerador da emoção (Fridja, 1986). Assim, a emoção começa com a avaliação das pistas emocionais que, ao serem atendidas e avaliadas, desencadeiam um conjunto de tendências de respostas experienciais, comportamentais e fisiológicas. Quando estas respostas são desencadeadas, podem ser moduladas de várias formas (Gross, 1998b). O modelo Processual da Regulação Emocional (*Processed-Oriented Model of Emotion Regulation*) enquadra-se nesta última abordagem e parte do princípio que é possível distinguir fases diferentes no processo gerador da emoção (Gross, 2001; Gross & John, 2004). Segundo este modelo (Figura 2), a emoção pode ser regulada em cinco momentos ao longo do processo gerador da emoção, através de cinco conjuntos de estratégias de regulação emocional: selecção da situação, modificação da situação, modificação do foco atencional, modificação de cognições e modulação de respostas. No caso da **selecção da situação**, do universo de situações, o indivíduo escolhe certas situações e evita outras no sentido de regular as suas emoções. Por sua vez a **modificação da situação** consiste em esforços para mudar a situação no sentido de alterar o seu impacto emocional através da alteração do ambiente físico. A **modificação do foco atencional** permite seleccionar o aspecto da situação a que o indivíduo atende. No que respeita à **modificação de cognições**, esta traduz-se na mudança do significado que o indivíduo atribuiu à situação através da alteração do pensamento acerca da própria situação ou da sua capacidade para lidar com essas exigências. Neste sentido, o significado pessoal que é atribuído à situação é crucial, pois determina as tendências de resposta experienciais, comportamentais e fisiológicas que serão geradas numa determinada situação. A mudança cognitiva consiste em modificar estes significados ou avaliações através de estratégias como negação, intelectualização, interpretação dos eventos de forma muito positiva ou comparações sociais com situações piores. A reavaliação cognitiva insere-se nesta etapa e consiste em alterar a situação cognitivamente com o objectivo de alterar o seu impacto emocional. Por fim, a **modulação das respostas** ocorre após as tendências de resposta já terem sido iniciadas, tendo como objectivo modificar directamente a dimensão

fisiológica, experiencial e/ou comportamental da emoção experimentada. A modificação da experiência da emoção pode ser conseguida através de drogas, álcool, exercício, comida, relaxamento ou mesmo através da supressão emocional (Gross, 1998, 2001, 2002; Gross & John, 2002, 2004; Gross & Thompson, 2007).

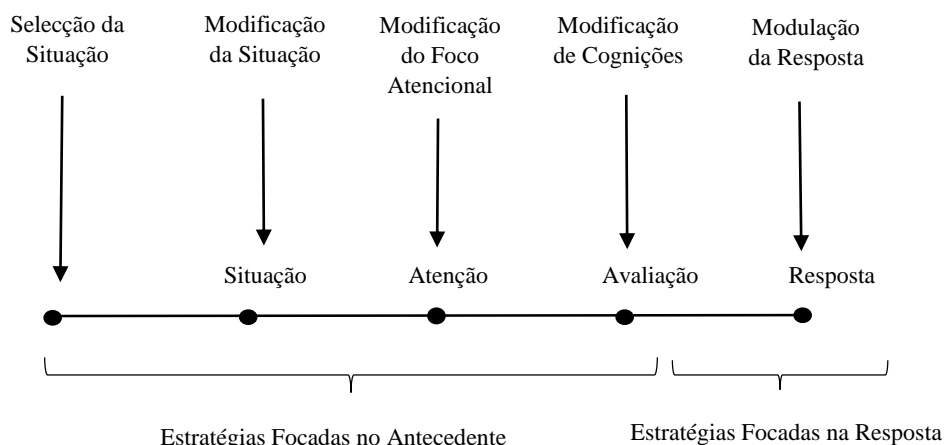


Figura 2 – Modelo Processual da Emoção (Gross & Thompson, 2007)

Assim, neste modelo distinguem-se dois tipos de estratégias de regulação emocional: as focadas nos antecedentes e as focadas nas respostas. As primeiras surgem antes da emoção ter sido completamente gerada e ter desencadeado respostas comportamentais, experienciais ou fisiológicas. As últimas surgem quando as respostas já foram activadas (Gross & John, 2003; Gross & John, 2004).

2.1.5. Duas Estratégias de Auto-regulação Emocional: Supressão e Reavaliação

Tal como existem categorias de estratégias de coping, na regulação emocional também é possível distinguir diferentes grupos de estratégias. Estas referem-se à abordagem (cognitiva ou comportamental) que os indivíduos utilizam para regular as suas emoções. Por exemplo, a seguir a uma perda, os indivíduos podem focar a sua atenção em tarefas neutras (Tugade & Frederickson, 2004), podem escrever sobre os seus sentimentos (Pennebaker & Chung, 2007), ou podem compensar comendo comida calórica e saborosa (Tice, Bratslevsky & Baumeister, 2001). O conceito de estratégia parece implicar decisões conscientes, no entanto o indivíduo pode nem sempre estar consciente destas decisões (Koole, 2009). Gross (1998a, 1998b, 2001) tem sugerido que as estratégias de regulação emocional sejam classificadas tendo em conta o momento em que intervêm no processo gerador de emoção, dividindo-as em estratégias focadas no antecedente ou focadas na resposta.

Gross e John (2003, 2004) têm focado os seus estudos em dois tipos de estratégias de auto-regulação emocional: Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional. Estas estratégias têm sido o foco de estudo destes autores, principalmente com população adulta, por várias razões, entre elas o facto de cada uma delas ser um bom exemplo de estratégias focadas no antecedente e na resposta, uma vez que são amplamente usadas no quotidiano pelos indivíduos.

A Reavaliação Cognitiva pode ser definida como uma estratégia de mudança cognitiva que envolve reconstruir uma potencial situação elicitadora de emoção com o objectivo de modificar o seu impacto emocional, isto é, consiste na mudança da forma como o indivíduo pensa sobre a situação. Por exemplo, num teste de admissão a uma escola, o indivíduo pode pensar nessa situação como uma oportunidade para descobrir se gosta da escola ou, por outro lado, como um teste ao seu valor. Cada um dos pensamentos irá activar emoções diferentes. Como tal, a reavaliação pretende inibir a experiência de emoções negativas ou desagradáveis, embora não consiga reduzir de forma consistente a activação psicofisiológica (Gross, 1998b). Alguns estudos confirmam a inibição de emoções negativas mostrando que a reavaliação inibe a activação das regiões cerebrais emocionais, incluindo a amígdala e a ínsula, e aumenta a activação do córtex cingular dorsal anterior e no córtex pré-frontal (Ochsner & Gross, 2008). Outros estudos demonstram que o uso tendencial da reavaliação resulta na redução do mal-estar, de reacções psicológicas associadas a emoções negativas e do uso de evitamento como estratégia de regulação emocional (Wolgast, Lundh & Viborg, 2011) e que potenciais estragos provocados por emoções negativas podem ser prevenidos através do uso da reavaliação (Szczygiel, Buczny & Bazinska, 2012). Estes resultados demonstram que a reavaliação intervém cedo no processo gerador da emoção, antes desta ter sido completamente gerada, sendo assim uma estratégia focada no antecedente, e que pode, por isso, alterar a emoção resultante.

A Supressão Emocional é uma estratégia de modulação da resposta que envolve inibir o comportamento elicitado pela emoção, mudando-o. Por exemplo, a chamada “poker face” quando estamos alegres por nos ter saído um bom jogo e inibimos a expressão emocional. Nesta estratégia, os indivíduos inibem a expressão da emoção e apesar de envolver maior esforço, esta não previne a experiência das emoções indesejadas (Gross, 1998b). A supressão surge depois da emoção ter sido desencadeada, sendo por isso uma estratégia focada na resposta, pois, surge tardiamente no processo gerador da emoção, modificando assim a componente do comportamento sem reduzir a experiência da emoção negativa ou desagradável, que não é o alvo da supressão, permanecendo assim por resolver (Gross & John, 2003, 2004).

Segundo Rogers (1951), a supressão emocional cria no indivíduo um sentimento de incongruência entre a experiência interna e a expressão externa, o que poderá conduzir a sentimentos negativos sobre o *self*, pois o indivíduo sente que não está a ser honesto consigo e com os outros (Sheldon, Ryan, Rawsthorne & Ilardi, 1997). Gross e John (2003) concluíram também que a supressão emocional se relaciona com inautenticidade, isto é, a tendência para apresentar o *self* de forma discrepante com o *self* interior para evitar a desaprovação ou rejeição social. Como a supressão emocional surge tardiamente no processo gerador da emoção, exige que o indivíduo consiga gerir as tendências de acção que estão constantemente a surgir, o que consome demasiados recursos cognitivos que poderiam ser utilizados para melhorar o desempenho em contextos sociais. Estes custos cognitivos foram demonstrados em estudos sobre a memória social (por exemplo, nomes ou factos sobre indivíduos) enquanto os indivíduos suprimem ou reavaliam (Richards & Gross, 2000). A supressão levou ao comprometimento da memorização da informação apresentada enquanto o indivíduo regulava as suas emoções utilizando esta estratégia. Isto sugere que o uso da supressão implica custos cognitivos que a reavaliação parece não causar. Estes dados revelam custos em contextos sociais, uma vez que o supressor falha na absorção da informação e tende a parecer distante nas interações sociais (Gross & John, 2004).

No sentido de investigar as implicações da utilização das estratégias emocionais, Gross (1998b) estudou as consequências afectivas da reavaliação cognitiva e da supressão emocional e concluiu que a supressão emocional reduz a expressão comportamental da emoção, mas não a sua experiência subjectiva. Já a reavaliação cognitiva reduz tanto a experiência como a expressão, sem aumentar o nível de activação fisiológica. Gross e John (2003), realizaram estudos com jovens adultos e concluíram que a regulação emocional influencia a experiência e a expressão emocional, as relações sociais, o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida e confirmaram que ao longo de várias áreas de vida, a reavaliação e a supressão diferem fortemente nas suas consequências. Assim, os indivíduos que usam preferencialmente a reavaliação como estratégia de auto-regulação emocional, modificam não só o que expressam através do comportamento, mas também o que sentem e o que partilham com os outros. Estes indivíduos negociam as situações adoptando uma atitude optimista, reinterpretando-as e fazendo esforços para reparar a emoção negativa. A reavaliação está associada à expressão de maior número de emoções positivas, a relações próximas com os outros, e a maiores níveis de bem-estar e satisfação com a vida (Gross & John, 2003, 2004). Os indivíduos que usam tipicamente a supressão como forma de lidar com as suas emoções, apenas modificam o

comportamento expressivo, mascarando os seus sentimentos e reprimindo as suas expressões emocionais. Desta forma, estão mais inseguros sobre o que sentem e tendem a sentir-se pouco autênticos. A supressão está correlacionada com menor expressão e experiência de afecto positivo, relações menos próximas, menor suporte social e níveis menores de bem-estar e satisfação com a vida. Estes indivíduos apresentam mais sintomas de depressão, têm menor auto-estima e são menos optimistas (Gross & John, 2003, 2004). Neste sentido, estudos têm revelado que a supressão se relaciona com traços de neuroticismo (Gresham & Gullone, 2012), reforçando a associação desta estratégia com a experiência de emoções desagradáveis.

É importante salientar que apesar de estudos anteriores evidenciarem que a reavaliação é a estratégia mais adaptativa, a supressão pode ser igualmente útil em alguns casos (por exemplo, numa entrevista de trabalho em que não pretendemos demonstrar ansiedade). Mais, esta pode ser muito útil quando a reavaliação não é possível. Transparece assim o facto de que a reavaliação pode ser prejudicial em casos pontuais, como quando um indivíduo enfrenta uma situação perigosa ou nada saudável por grandes períodos de tempo (a título de exemplo, casos de violência doméstica suportados por longos períodos de tempo) (Gross & John, 2004).

2.1.6. Auto-Regulação Emocional ao Longo do Desenvolvimento

Uma questão que tem interessado a vários investigadores prende-se com o uso das estratégias de regulação emocional ao longo do desenvolvimento. As diferenças individuais na regulação emocional são conceptualizadas por Gross e John (2004) como estratégias adquiridas no contexto social que são sensíveis ao desenvolvimento do indivíduo, em detrimento de traços imutáveis no tempo.

Magai (2008) refere que as diferenças ao longo do desenvolvimento em tarefas de vida, relações, capacidades cognitivas e metacognitivas criam contextos muito diferentes para a experiência emocional. Por exemplo, aprender a modular a experiência e a expressão de mal-estar é um objectivo da regulação emocional nas crianças, enquanto que aprender a utilidade das diferentes estratégias de auto-regulação, aplicá-las em diferentes circunstâncias e integrá-las num reportório mais alargado torna-se mais importante ao longo do desenvolvimento. A infância é um período importante no desenvolvimento da auto-regulação emocional, uma vez que é nesta fase que as forças do temperamento, da maturação (por exemplo o desenvolvimento dos lobos frontais) e do contexto social (por exemplo, família, professores e pares), se juntam para se constituírem como a fundação das diferenças individuais na auto-regulação que observamos na idade adulta (Gross & John, 2004).

Durante a infância, existem mudanças importantes no desenvolvimento da compreensão das emoções, incluindo a capacidade de analisar com detalhe as situações geradoras de emoção, apreciar as suas causas, consequências e diferentes formas de expressar emoções, bem como de avaliar as emoções (Stegge & Meerum Terwogt, 2007). Assim, quanto à compreensão da origem das emoções, as crianças mais novas concebem as emoções como um conjunto de reacções a uma situação exterior, e a partir dos 10/11 anos já são capazes de compreender e referir os estados internos que acompanham as diferentes reacções. Entre os 5 e os 7 anos, as crianças começam a dar mais importância à informação situacional quando interpretam uma emoção. Até então, baseiam-se na expressão facial, pois só a partir desta idade, as crianças começam a compreender que os indivíduos nem sempre revelam o que sentem (Carrol & Steward, 1984, citado por Sá, 2002). Esta compreensão de que a experiência emocional interna pode não corresponder à expressão afectiva externa aumenta com a idade. A par desta compreensão, as crianças vão progressivamente compreendendo que é possível controlar as suas próprias emoções, percebendo que podem manipular as suas expressões faciais e que existem expectativas sociais sobre a adequação das reacções emocionais. Não obstante, por volta dos 11 anos as crianças adquirem a consciência sobre a possibilidade de alterar a sua expressão emocional, mantendo a sua experiência emocional interna (Sá, 2002). Estudos indicam que crianças mais novas mudam os seus estados emocionais através da modificação da situação ou das reacções corporais, colocando o controlo no que é concreto, observável e externo, enquanto que as crianças mais velhas referem estratégias auto-iniciadas para modificar a experiência emocional, uma vez que estas surgem com a consciência de que as emoções envolvem processos mentais interiores (Carrol & Setward, 1984, citado por Sá, 2002). Neste sentido, estudos confirmam que as crianças mais novas usam maioritariamente estratégias de distração, enquanto que as crianças mais velhas já recorrem tendencialmente a estratégias cognitivas. Estas evidências parecem apontar para o desenvolvimento de estratégias cognitivas na infância tardia (Compass, 1998, citado por Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Sabe-se ainda que crianças com pouca tendência para experienciar humor positivo e para responder de forma positiva a mudanças no ambiente tendem a usar mais a supressão como estratégia preferencial (Jaffe, Gullone & Hughes, 2010), sugerindo também a influência da personalidade no uso das estratégias de auto-regulação na infância, além da influência da maturidade.

Existem também evidências de que a regulação emocional continua a evoluir na idade adulta. A experiência de vida, a sabedoria e mesmo as situações a que os indivíduos são expostos influenciam o uso da supressão e da reavaliação, observando-se assim diferenças na

idade adulta inicial e tardia (Gross & John, 2002). Estudos demonstram que a idade está significativamente e directamente associada a emoções positivas e ao uso preferencial da reavaliação cognitiva e que comparativamente com pessoas mais novas, as mais velhas demonstram maior controlo sobre as suas emoções e mais maturidade na alternância das mesmas (Yeung, Wong & Lok, 2011). A intensidade das experiências emocionais positivas tende a aumentar ou manter-se estável enquanto que a intensidade das emoções negativas diminui ao longo do tempo (Carstensen, Mayr, Pasupathi & Nesselroade, 2000).

É fácil hipotizar que à medida que os indivíduos se desenvolvem e ganham experiência de vida tendem a aprender a usar melhor as estratégias de regulação emocional adaptativas, como a reavaliação, e a reduzir o uso de estratégias menos adaptativas, como a supressão. Gross e John (2004) testaram esta hipótese com participantes com 60 anos que responderam a questionários sobre as suas estratégias de regulação emocional actuais e quando tinham 20 anos. Os resultados evidenciaram um decréscimo do uso da supressão e um aumento do uso da reavaliação ao longo do decurso de vida. No entanto, é preciso ter em conta o efeito da memória neste estudo. Na tentativa de confirmar estes dados e eliminar os possíveis efeitos da memória, os mesmos autores compararam indivíduos de 20 anos com indivíduos de 60 anos e chegaram às mesmas conclusões. É de notar que Gross e John (2003) encontraram também uma diferença entre géneros no uso da supressão, verificando-se que os homens tendem a usar mais a supressão como estratégia de auto-regulação do que as mulheres, embora tais diferenças não tenham sido encontradas para a reavaliação.

Um outro estudo longitudinal realizado com crianças e adolescentes (9-15 anos), e com o objectivo de compreender o desenvolvimento da regulação emocional ao longo do desenvolvimento, aponta para alguns resultados contraditórios aos estudos de Gross e John (2004). Assim, concluiu-se que as crianças mais novas utilizam mais a supressão que os indivíduos mais velhos e, que o uso da supressão decresce com a idade no caso das raparigas, enquanto que nos rapazes a utilização é mais estável ao longo do tempo. No caso da reavaliação, os mais velhos apresentam menor uso desta estratégia comparados com os mais novos, no entanto o seu uso parece ser estável ao longo do tempo. Estes resultados parecem contraditórios mas poderão ser explicados por decréscimos subtis não detectados por um estudo de dois anos ou até pelo aumento do uso desta estratégia ser algo que ocorra cedo no desenvolvimento (por exemplo em idades antes das estudadas). Possivelmente o desenvolvimento da utilização da reavaliação cognitiva ocorrerá ao longo da adolescência, uma vez que esta estratégia envolve processos cognitivos elaborados que só vão surgindo com a maturação e desenvolvimento

cognitivo. Mais concretamente, este tipo de estratégia envolve metacognição (capacidade de pensar sobre pensar), algo que poderá ser desenvolvido apenas no estágio Operatório Formal descrito por Piaget, ou seja, a partir dos 11-12 anos, aquando do desenvolvimento da capacidade de pensar sobre conceitos abstractos (Lourenço, 2002). No entanto, este estudo parece não suportar os resultados encontrados em adultos por Gross e John (2004), nomeadamente no que respeita o facto do uso da reavaliação cognitiva aumenta com a experiência e maturação, tendendo ambas as estratégias para o decréscimo ao longo do tempo. Isto poderá ser explicado pelo uso de outras estratégias não estudadas nesta investigação ou ainda pelo facto do processo de regulação emocional ser inicialmente mais consciente e depois tornar-se mais inconsciente ao longo do tempo (Gullone, Hughes, King & Tongue, 2010).

2.2.Bem-estar e Satisfação com a Vida

2.2.1.Bem-Estar Subjectivo e Psicológico

Segundo Ryan e Deci (2001) as concepções de bem-estar podem ser organizadas segundo duas perspectivas: bem-estar hedónico (como prazer e felicidade) que se relaciona com o bem-estar subjectivo, e bem-estar eudemónico (que se apoia na noção de que o bem-estar consiste no pleno funcionamento das potencialidades de uma pessoa) relacionando-se com bem-estar psicológico.

O bem-estar subjectivo (BES) procura compreender as avaliações que as pessoas fazem das suas vidas (Diener, Suh & Oishi, 1997). A componente emocional do BES engloba um balanço entre emoções positivas e emoções negativas. A componente cognitiva do BES baseia-se na satisfação com a vida, isto é, no julgamento que o indivíduo faz sobre a sua vida e que reflecte o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo dos seus objectivos (Campbell et. al., 1976, citado por Siqueira & Padovam, 2008). Assim, o BES é determinado por três componentes: (1) Ausência de afecto negativo; (2) Presença de afecto positivo; (3) Satisfação com a vida (sendo esta a dimensão cognitiva do bem-estar subjectivo). A soma das três componentes é um indicador do nível geral de bem-estar subjectivo do indivíduo e um preditor de bem-estar psicológico (McMahan & Estes, 2011). Para que seja percebido um nível de bem-estar subjectivo adequado é necessário que o indivíduo reconheça um nível elevado de satisfação com a vida, a ocorrência de experiências emocionais positivas e baixa ocorrência de experiências emocionais negativas (Siqueira & Padovam, 2008). Segundo Diener e Lucas (2000), a análise do bem-estar subjectivo pode estar muito mais relacionada com a

frequência com que experimentam emoções agradáveis do que propriamente com a sua intensidade.

O bem-estar psicológico (BEP) surge associado a uma perspectiva eudaimónica como resposta à perspectiva hedónica de bem-estar que prevalecia anteriormente (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). E enquanto o BES se sustenta em avaliações de satisfação com a vida e num balanço entre emoções positivas e negativas, as concepções teóricas do BEP são construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida (Siqueira & Padovam, 2008). Assim, o Bem-estar Psicológico pressupõe a ausência de problemas ou perturbações psicológicas e a presença de recursos pessoais que promovam e facilitem o funcionamento psicológico das pessoas (Diener, 1994).

Ryff (1989) elaborou uma proposta integradora ao formular um modelo de seis componentes de bem-estar psicológico, reorganizado e reformulado posteriormente por Ryff e Keyes (1995). Assim, os seis componentes de bem-estar psicológico são: (1) Auto-aceitação, definida como o aspecto central da saúde mental, trata-se de uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento, óptimo funcionamento e maturidade, em que atitudes positivas sobre si mesmo emergem como uma das principais características de funcionamento psicológico adaptativo; (2) Relacionamento positivo com outras pessoas, descrito como fortes sentimentos de empatia pelos outros, capacidade de amar fortemente, manter amizade e identificação com o outro; (3) Autonomia, medida através de locus interno de atribuição e o uso de padrões internos de auto-avaliação, resistência à aculturação e independência acerca de aprovações externas; (4) Domínio do ambiente, definido como a capacidade do indivíduo para escolher ou criar ambientes adequados às suas características psíquicas, de participação acentuada no seu meio e manipulação e controlo de ambientes complexos; (5) Propósito de vida, como manutenção de objectivos, intenções e de direcção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado; (6) Crescimento pessoal, necessidade de constante crescimento e aprimoramento pessoais, abertura a novas experiências, vencendo desafios que se apresentam em diferentes fases da vida (Ryff, 1989).

Na tentativa de integrar as perspectivas actuais de bem-estar psicológico e colmatar algumas limitações de medidas anteriores, Bizarro (1999, 2000/2001) desenvolveu um instrumento de avaliação do bem-estar psicológico na adolescência (EBEPA), utilizado na presente investigação. Da revisão de literatura efectuada por si, o Modelo

Cognitivo-Comportamental Desenvolvimentista serviu como base para a construção deste instrumento. Este parece ser o modelo mais adequado para definir um constructo tão complexo, que engloba componentes subjectivos que incluem domínios afectivos e cognitivos. Primeiro porque o modelo cognitivo-comportamental evidencia a componente cognitiva e a sua relação com o comportamento e expressão emocional (Beck, 1976, 1991, citado por Bizarro, 2000/2001) e segundo porque o modelo desenvolvimentista é sensível às características e alterações de desenvolvimento da população a que se destina. Assim, o instrumento apresenta cinco dimensões, duas das quais avaliam índices de dificuldades emocionais, cognitivas, sociais e fisiológicas: Ansiedade (ANS) e Cognitiva Emocional Negativa (CEN); as restantes três avaliam a presença de recursos pessoais emocionais, cognitivos e sociais: Emocional Positiva (CEP); Apoio Social (AS) e Percepção de Competências (PC) (Bizarro, 2000/2001).

2.2.2. Satisfação com a Vida

O conceito de satisfação com a vida pode ser definido como a avaliação global que o indivíduo faz sobre a sua vida, de acordo com critérios pessoais (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Shin & Johnson, 1978) e que reflecte o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo dos seus objectivos (Campbell et. al., 1976 como citado por Siqueira & Padovam, 2008). Esta avaliação está dependente da comparação entre as circunstâncias de vida actuais da pessoa e o que é, por ela, considerado desejado ou adequado, tratando-se de uma avaliação subjectiva do sujeito relativamente ao grau em que as suas necessidades e objectivos têm sido satisfeitos (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Segundo Neugarten, Havighurst e Tobin (1961), a satisfação com a vida é um estado psicológico que possui estreita relação com bem-estar subjectivo, sendo esta a dimensão cognitiva do mesmo. Diener, Emmons, Larsen & Griffin (1985) desenvolveram um instrumento de avaliação do nível de satisfação com a vida, também usado no presente estudo. Esta escala de Satisfação com a Vida (ESV) é constituída por cinco itens que têm como objectivo medir este conceito pedido aos sujeitos um juízo sobre a sua vida e os seus objectivos.

2.3. Auto-Regulação Emocional, Bem-Estar Psicológico e Satisfação com a Vida na Doença Crónica

2.3.1. Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento da glicose no sangue (hiperglicémia) devido a defeitos na produção e secreção de insulina, a hormona responsável pela absorção da glicose pelas células. Associa-se assim a complicações, como

episódios de hipoglicémia, e lesões em vários órgãos. Actualmente a diabetes mellitus é dividida em tipo 1 e tipo 2. O presente estudo pretende investigar a diabetes tipo 1, caracterizada por surgir antes dos 30 anos (durante a infância ou adolescência) devido a uma secreção de insulina baixa ou indetectável, resultando de um processo auto-imune que conduz à destruição progressiva das células β do pâncreas, levando à deficiência absoluta de insulina (Lopes Silva, 2006).

O tratamento desta doença crónica requer um regime que engloba uma alimentação adequada, a prática de exercício físico, a monitorização frequente dos níveis de glicémia e duas ou mais injeções de insulina por dia, além das consultas médicas periódicas e possíveis hospitalizações (Anderson, Svoren & Laffel, 2007). Sendo este tratamento exigente e complexo, implica grande responsabilidade por parte do paciente, durante toda a sua vida, a partir do momento do diagnóstico (Amaral, 1997, citado por Lopes Silva, 2006). Por ser uma doença crónica que obriga a mudanças nos estilos de vida e nos comportamentos exige do indivíduo grande capacidade de gestão, tanto de factores mais práticos (por exemplo tratamento ou hábitos de vida), como de emoções e factores psicológicos.

2.3.2. Diabetes na Infância Tardia e Adolescência

A adaptação a uma doença crónica na infância e adolescência é um processo complexo que envolve factores internos e externos que influenciam as respostas iniciais e o ajustamento posterior à doença. Além das responsabilidades das fases em que se encontram, crianças e adolescentes com diabetes apresentam ainda responsabilidades acrescidas como injectar insulina várias vezes ao dia, medir os níveis de glicose no sangue e controlar as refeições e os alimentos ingeridos, bem como o exercício físico (Thompson, Auslander & White, 2001). Além disso, podem ter que lidar com possíveis hospitalizações, consultas de rotina ou episódios de hipoglicémia.

A adolescência é um período em que ocorrem diversas tarefas desenvolvimentistas que conduzem a grandes mudanças cognitivas, emocionais, sociais e físicas. Por ser uma fase complexa, nem sempre os adolescentes conseguem lidar com as diferentes exigências dos novos contextos. Os adolescentes com diabetes lidam, não só com as tarefas normativas da idade, mas também com as exigências da doença e algumas características normativas da adolescência, como a procura de autonomia, o aumento do afecto negativo ou até o egocentrismo adolescente, que podem influenciar a gestão da doença.

Alguns adolescentes enfrentam dificuldades na gestão da doença, outros aceitam-na e seguem os tratamentos. Ainda assim, erros de cálculo de insulina ou de ingestão de hidratos são

bastante comuns nesta gestão diária. Além destes erros, esta fase traz consigo mudanças hormonais que dificultam o controlo metabólico, nomeadamente a influência da hormona do crescimento que aumenta a concentração de glicose no sangue e diminui a sensibilidade do corpo à insulina (Amiel, Sherwin, Simonson, Lauritano & Tamborlane, 1986), bem como as necessidades de autonomia e aceitação pelos pares típicas desta fase, que podem levar a comportamentos de risco ou as rápidas mudanças emocionais que obrigam a grande capacidade de auto-regulação. Nesta procura de autonomia e identidade é comum que ocorram conflitos no seio familiar sobre os mais variados assuntos. A comunicação e a gestão da doença trazem consigo outras possíveis fontes de fricção e conflito que podem influenciar o controlo metabólico (Anderson, Vangsness, Connel, Butler, Goebel-Fabbri & Laffel, 2002). É ainda comum que estas dificuldades no controlo metabólico ocorram devido à experiência de eventos de vida stressantes, como mudanças numa relação romântica ou divórcio parental (Helgenson, Escobar, Siminerio & Becker, 2010).

É nesta fase que os adolescentes são expostos ao tabaco e ao álcool, assim como às primeiras experiências sexuais ou à necessidade de conduzir, comportamentos esses que têm as suas particularidades no caso desta doença e que exigem uma gestão e conhecimento particular (Shulman & Daneman, 2010). É ainda comum que as raparigas com diabetes tipo 1 apresentem perturbações alimentares como bulimia ou anorexia, uma vez que o excessivo controlo alimentar poderá levar a uma preocupação excessiva com a alimentação, amplificando a preocupação com o corpo, muito comum nesta fase. Isto poderá levar à omissão das injeções de insulina com vista à perda de peso (Franzese, Valerio & Spagnuolo, 2003).

Ainda numa perspectiva dos desafios que estas crianças e adolescentes enfrentam, Nabors, Lehmkuhl, Christos e Andreone (2003) revelam que estes jovens necessitam de maior apoio na escola por parte dos professores e auxiliares. Por sua vez, os jovens revelam que precisam de maior autonomia para gerir a sua doença, no entanto precisam também de maior auxílio em episódios de hipoglicémia. Durante estes episódios, diversos domínios cognitivos como a atenção selectiva ou a rapidez de reacção tendem a ser afectados estando assim, a hipoglicémia, associada a um decréscimo na rapidez de processamento de informação (Boyle, Kempers, O'Connor & Nagy, 1995, citado por Hermenns, Kubiak, Kulzer & Haak, 2003). Estes episódios afectam assim o rendimento escolar, 3 a 4 horas depois de terem ocorrido. Estes jovens podem ter que faltar às aulas, necessitar de ingerir alimentos fora dos intervalos ou necessitar de ir à casa de banho mais vezes do que as outras crianças e adolescentes (Franzese, Valerio & Spagnuolo, 2003). Peters, Storch, Geffken, Heidgerken e Silverstein (2008) revelam

que a percepção que a criança possui de professores pouco apoiantes está relacionada com poucos comportamentos de auto-cuidado e gestão da doença em crianças entre os 8 e os 12 anos, mas não para adolescentes entre os 13 e os 17 anos.

A adolescência é também um período de transição no ciclo de vida da família e o envolvimento e apoio dos pais encontram-se também relacionados com a capacidade destes adolescentes para gerir a doença. Estudos com famílias têm revelado que a doença é vivida por todos os membros do sistema, levando ao surgimento de frustração, stress, necessidade de supervisão e sentimentos de insegurança, principalmente durante os períodos de pobre controlo metabólico (Wennick & Hallstrom, 2007). Neste sentido, Ivey, Wright e Dashiff (2009) concluíram que é difícil para os progenitores confiarem nos seus filhos adolescentes a gestão da doença e que esta desconfiança está associada a emoções como a frustração ou o medo e a redução da comunicação com os pais. Outros estudos salientam a importância do envolvimento parental positivo, boa comunicação e apoio na autonomização como essencial para a adaptação de comportamentos positivos relacionados com a diabetes (Herrman, 2006; Scholes et. al., 2013).

A atitude da criança e do adolescente perante a sua doença é também outro factor que afecta a adesão e o controlo glicémico (Ingerski, Anderson, Dolan & Hood, 2010). Aqueles que aceitam a doença tendem a ter melhor controlo metabólico do que aqueles que não aceitam ou que têm uma percepção de baixa auto-eficácia (Scholes et. al, 2013). Neste mesmo sentido, Fortenberry, Wiebe e Berg (2012) estudaram a importância da percepção de controlo por parte de jovens com diabetes e concluíram que esta percepção medeia o humor negativo e a capacidade para lidar com a diabetes. Cumulativamente, Nabors, McGrady e Kichler (2010) concluíram que crianças com locus de controlo interno sobre a sua doença têm maior probabilidade de ter melhor controlo metabólico (medido através dos níveis de HbA1c). É assim importante que os jovens com diabetes tenham uma boa percepção de controlo e da própria doença para que consigam geri-la.

O estilo de vinculação parece ser também um factor que explica algumas diferenças individuais no ajustamento psicológico à doença. Bazzazian e Besharat (2012) estudaram a importância do estilo de vinculação e concluíram que este influencia a percepção positiva ou negativa sobre a doença. Desta forma, estilos de vinculação seguros e evitantes têm efeitos na percepção da doença, tendo o estilo evitante um efeito negativo no ajustamento psicológico.

Estes são apenas alguns dos desafios na gestão da doença e alguns dos factores que influenciam a adesão ao tratamento, descritos na literatura e pertinentes para a compreensão do problema e que salientam a enorme gestão prática e emocional necessária para lidar com a diabetes que acompanha estas crianças e adolescentes e as suas famílias, ao longo da vida.

2.3.3. Diabetes e Auto-regulação Emocional

No seguimento da secção anterior e do objectivo da presente investigação, vários estudos têm salientado a influência das emoções, em particular do stress, no controlo glicémico (Beveridge, Berg, Wiebe & Palmer, 2006). De facto, parecem existir evidências biológicas que explicam de que forma o stress afecta o controlo glicémico. Por exemplo, Fukunishi, Akimoto, Horikawa, Shirasaka e Yamazaki (1998) consideram que existe uma relação entre o stress e a forma como o indivíduo lida com ele e o desenvolvimento da diabetes. Estes autores postulam que os stressores ambientais podem precipitar o início desta doença alterando a actividade do sistema nervoso simpático, elevando os níveis de cortisol plasmático, aumentando a secreção de hormona do crescimento e afectando a função imunitária. Outros autores (por exemplo, Aikens et. al., 1992 citado por Lopes Silva, 2006) explicam que os efeitos do stress no metabolismo são mediados por várias hormonas contra-reguladoras que são libertadas em resposta ao stress e que resultam num aumento da libertação da glicose pelo fígado e numa diminuição da acção da insulina e da sua produção em pessoas com e sem diabetes, originando assim um aumento de glicose no sangue. Vários estudos salientam a relação e a influência do stress no controlo metabólico, demonstrando que a ocorrência de acontecimentos de vida stressantes perturba este controlo (Bradley, 1979; Gross, Heimann, Shapiro & Schultz, 1983; Jacobson, Rand & Hauser, 1985). Riazi, Pickup e Bradley (2004), concluem que o stress poderá afectar o control metabólico na diabetes tipo 1, pelo menos de duas formas: (1) devido à estimulação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, que resultam no aumento dos níveis de glicose no sangue; e (2) devido ao facto do stress conduzir a mudanças comportamentais capazes de interferir no auto-cuidado. Por exemplo, a falta de tempo poderá impedir as medições de glicose, levando a pobre controlo metabólico. Além disso, o stress poderá ainda levar à procura de comportamentos compensatórios como aumento de ingestão de comida, redução da actividade física ou ingestão de álcool. Os mesmos autores investigaram a relação entre stress e controlo glicémico, e concluíram que existe de facto uma relação positiva entre stress e níveis de glicose no sangue em pacientes com diabetes tipo 1.

Outros estudos têm evidenciado o importante papel das emoções na adesão ao tratamento e no controlo da glicémia, sugerindo que défices na auto-regulação emocional se

relacionam com uma pior adesão ao tratamento e um pior controlo metabólico. Um estudo de Sultan, Epel, Sanchon, Vaillant e Hartemann-Heurtier (2008) confirma que baixos níveis de coping orientado para a emoção predizem o aumento dos níveis de glicose em pacientes com traços ansiosos. Graziano (2011) revela que adolescentes com capacidade de se auto-regularem emocionalmente de forma adaptativa têm menor probabilidade de ver o seu tratamento como um stressor e serão mais capazes de expressar as emoções relacionadas com a doença. O mesmo autor encontrou relações significativas em adolescentes do sexo masculino entre défices na auto-regulação emocional e má adesão ao tratamento e pobre controlo da glicémia, confirmando assim a importância da regulação emocional no controlo metabólico na diabetes. Num outro estudo com adultos com diabetes, Hermenets, Kubiak, Kulzer e Haak (2003) investigaram as mudanças emocionais durante um episódio de hipoglicémia, onde o sistema nervoso autónomo é activado levando a sintomas como taquicardia, sudorese, tremores, dificuldades na concentração, tonturas e confusão (Frier & Fisher, 1999), tendo concluído que, durante esse período, o afecto negativo aumenta significativamente e o afecto positivo decresce, havendo um aumento da activação emocional devido à libertação de epinefrina. Desta forma, transparece que a auto-regulação emocional tem sido apontada como uma das estratégias mais importante para que haja adesão ao tratamento, controlando os aspectos stressantes associados à doença.

É ainda oportuno referir que a diabetes é uma doença crónica que exige uma grande capacidade de gestão de comportamentos e emoções. A ansiedade e o stress podem, desta forma, afectar o controlo glicémico e por isso, a regulação emocional deve ser um factor fundamental nesse mesmo controlo (Sultan et. al, 2008).

2.3.4. Bem-estar psicológico e Satisfação com a vida na Diabetes

Adolescentes com doença crónica poderão sofrer algumas alterações nos níveis de bem-estar psicológico e satisfação com a vida, uma vez que além de lidarem com as tarefas de desenvolvimento normativas, lidam ainda com as exigências da doença. Neste sentido, a literatura tem demonstrado que a experiência de uma doença crónica exige adaptação em vários domínios pois acarreta importantes consequências psicológicas e sociais que exigem um ajustamento psicológico significativo. Este ajustamento desenrola-se ao longo do tempo e parece existir uma heterogeneidade marcada entre os indivíduos na forma como se adaptam à doença crónica. Stanton, Collins e Sworowski (2001) destacam cinco factores importantes para um bom ajustamento à doença crónica: domínio das tarefas relacionadas com gestão da doença, preservação do funcionamento actual, percepção de qualidade de vida em variados domínios,

não existência de perturbação psicológica e reduzido afecto negativo. Wilkman, Wardle & Steptoe (2011) sugerem que a doença crónica influencia de forma negativa a qualidade de vida e o bem-estar. Bizarro (2001) comparou adolescentes com e sem doença crónica quanto aos seus níveis de bem-estar e concluiu que adolescentes com doença crónica (neste caso, insuficiência renal) apresentam níveis de bem-estar psicológico significativamente menores do que adolescentes saudáveis, revelando não só índices mais elevados associados à ansiedade e a domínios cognitivo e emocionais de valência mais negativa, como também apresentam valores mais baixos na percepção de competências, apoio social e domínios cognitivo e emocionais de valência positiva. Neste sentido, é importante perceber que factores, como por exemplo as estratégias de auto-regulação, influenciam os níveis de bem-estar psicológico e a satisfação com a vida em crianças e adolescentes com doença crónica (diabetes). Embora os estudos consultados não se foquem exclusivamente no bem-estar e satisfação com a vida em crianças e jovens com diabetes, é possível apontar alguns factores que contribuem para o bem-estar psicológico e que têm sido estudados ao longo do tempo neste contexto.

Tem sido sugerido que a forma como o indivíduo avalia a doença influencia o seu bem-estar (Maes & Karoly, 2005). A aceitação é uma das várias formas de avaliar a doença e parece ser um factor de protecção do bem-estar do indivíduo (Casier et. al, 2013). Eiser, Riazi, Eiser, Hammersley e Tooke (2001) estudaram factores preditores de bem-estar em adultos com diabetes e descobriram que as mulheres tendem a relatar menor bem-estar e que pessoas com diabetes com maior bem-estar tendem a possuir crenças de controlo sobre a doença. Quanto às crianças com diabetes tipo 1, parece haver uma tendência para percepcionarem a sua doença cada vez menos como um fardo (Amer, 2003), sugerindo que com o tempo tende a existir uma adaptação. Uma vez mais, as representações positivas da doença, bem como o uso de algumas estratégias de coping parecem ser importantes na aceitação, adaptação e ajustamento à doença, contribuindo para comportamentos saudáveis e predizendo melhor bem-estar psicológico (Amer, 2003; Clarke & Goosen, 2009; Law, Kelly, Huey & Summerbell, 2002).

Os esforços para lidar com a doença podem ser direccionados para a aproximação ou evitamento da mesma. O coping orientado para a aproximação que inclui estratégias como a resolução de problemas, a reestruturação cognitiva ou a procura de apoio social parece ser mais eficaz na gestão da doença e tem sido associado a indicadores positivos de bem-estar psicológico em pacientes com doença crónica (Young, 1992). O coping orientado para o evitamento, que inclui estratégias como negação ou supressão, tende a predizer pior ajustamento ao longo do tempo (Stanton, Collins & Sworowski, 2001). No âmbito das

estratégias utilizadas para lidar com a doença, Garnefski, Koopman, Kraaij e Cate (2009) realizaram um estudo com adolescentes com doença crónica e concluíram que as estratégias cognitivas de auto-regulação emocional como a catastrofização e a ruminação são as melhores preditoras de baixos níveis de bem-estar psicológico nestes adolescentes.

A satisfação com a vida é outra variável estudada em pacientes com diabetes e muito associada ao bem-estar psicológico. Num estudo com adolescentes com perturbações alimentares e diabetes concluiu-se que adolescentes com diabetes tipo 1 e perturbação alimentar reportam mais frequentemente culpa e baixos níveis de qualidade de vida quando comparados com adolescentes com diabetes sem perturbação alimentar. Concluiu-se também que estratégias específicas de coping estão associadas positivamente com a qualidade de vida e com o controlo metabólico (Grylli, Wagner, Hafferl-Gattermayer, Schober & Karwautz, 2005). Outros estudos sobre o ajustamento à doença crónica demonstram um aumento no afecto negativo, como tensão e raiva, e um decréscimo do afecto positivo, como a energia e satisfação, bem como uma perspectiva pessimista dos acontecimentos de vida em pacientes com diabetes (Gold, MacLeod, Deary & Frier, 1995). Ramussen e colaboradores (2013), encontraram ainda uma relação entre altos níveis de HbA1c (o que indica altos níveis de glicémia e pobre controlo metabólico) e baixa satisfação com a vida em adultos com diabetes tipo 2, sugerindo assim uma influência da doença e do pobre controlo metabólico na satisfação com a vida destes pacientes.

A satisfação com a vida e o bem-estar psicológico parecem ser duas variáveis ainda pouco estudadas em pacientes com diabetes e que se relacionam fortemente com as emoções e com a sua regulação, tendo assim fortes implicações na adaptação à doença e na gestão da mesma. Serão estas as três variáveis investigadas neste estudo.

3.METODOLOGIA

3.1 Propósito, Objectivos e Hipóteses

As emoções têm sido associadas à adesão e gestão da diabetes, demonstrando grande influência no controlo metabólico e nos comportamentos destes indivíduos. Neste sentido, as estratégias de auto-regulação emocional têm sido apontadas como centrais na adesão e gestão da diabetes, sendo de máxima importância perceber como podem estas estratégias ser avaliadas e trabalhadas em contexto terapêutico pelos profissionais de saúde. Para isso, é relevante investigar instrumentos que avaliem a regulação emocional, bem como factores associados às diferentes estratégias de auto-regulação emocional, como bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

Assim, com este estudo pretende-se (1) estudar as propriedades psicométricas do ERQ-CA, (2) verificar se as relações entre auto-regulação emocional, bem-estar psicológico e satisfação com a vida encontradas em adultos se verificam também em crianças e adolescentes com doença crónica, e, por fim, (3) averiguar diferenças entre alguns resultados encontrados em crianças e adolescentes com e sem doença crónica.

Com base na revisão de literatura efectuada, podem colocar-se questões resultantes da reflexão sobre os estudos já efectuados. Assim, existindo evidências sobre as relações entre estratégias de auto-regulação emocional, bem-estar e satisfação com a vida (Gross & John, 2004), sobre o segundo objectivo, podemos levantar as seguintes questões:

Questão 1 - Será que a utilização da Supressão Emocional como estratégia de auto-regulação emocional se encontra relacionada com menores níveis de bem-estar e de satisfação com a vida, em crianças e adolescentes com diabetes?;

Questão 2 – Será que a utilização da Reavaliação Cognitiva como estratégia de auto-regulação emocional se encontra relacionado com maiores níveis de bem-estar e de satisfação com a vida, em crianças e adolescentes com diabetes?.

Sendo a Diabetes uma doença crónica que exige mudanças e adaptações nas rotinas de vida dos pacientes, e tendo em conta o terceiro objectivo, podemos colocar as seguintes questões:

Questão 3 – Será que crianças e adolescentes com e sem diabetes utilizam estratégias de auto-regulação emocional diferentes?;

Questão 4 - Será que existem também diferenças em relação aos níveis de bem-estar e satisfação com a vida nestas duas populações?;

Questão 5 - Será que crianças e adolescentes com doença crónica utilizam mais a Supressão como estratégia de auto-regulação e que têm menores níveis de bem-estar e satisfação com a vida do que crianças e adolescentes sem doença crónica?.

3.2 Participantes

Os dados da presente investigação foram recolhidos a partir de duas amostras distintas. A amostra de população sem doença crónica é constituída por 700 participantes, sem psicopatologias identificadas, 47% do sexo feminino e 52% do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos ($M = 13.50$ e $dp = 2.28$). A amostra de população com doença crónica (diabetes) é constituída por 32 participantes, sem psicopatologias identificadas, 53% do sexo feminino e 47% do sexo masculino e com idades compreendidas entre os 10 e os 18 anos ($M = 14.38$ e $dp = 2.2$). A recolha da amostra ocorreu no contexto urbano, em escolas de todo o país e numa associação de apoio a crianças e adolescentes com diabetes na região de Lisboa.

3.3 Instrumentos de Medida

3.3.1 Questionário de Auto-Regulação para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA)

O Emotional Regulation Questionnaire para adultos inicialmente elaborado por Gross e John (2003), tem como objectivo avaliar a utilização de duas estratégias de auto-regulação emocional: Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional. Este instrumento de medida é constituído por 10 itens que se agrupam em duas sub-escalas: Reavaliação Cognitiva, constituída por 6 itens (por exemplo “*Quando estou preocupado com alguma coisa tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor*”) e Supressão Emocional, constituída por 4 itens (por exemplo “*Controlo os meus sentimentos não os mostrando*”). Em cada escala existe pelo menos um item que averigua a regulação do afecto negativo e pelo menos um item que averigua a regulação do afecto positivo. Os itens são pontuados de 1 (discordo fortemente) a 7 (concordo fortemente). É importante salientar que os dois factores (Reavaliação e Supressão) são independentes, o que indica que os indivíduos que usam frequentemente uma estratégia não são mais ou menos propensos a usar a outra, ou seja, os indivíduos usam tanto uma estratégia como outra em vários graus. Este instrumento reporta uma boa consistência interna ($\alpha = .79$ para a Reavaliação e $\alpha = .73$ para a Supressão) (Gross & John, 2003). Em 2012,

Gullone e Taffe adaptaram e validaram este questionário para crianças e adolescentes na Austrália, sendo que foi esta a versão utilizada no presente estudo. O ERQ-CA é composto também pelos mesmo 10 itens com linguagem adaptada às idades. Para a presente investigação este questionário foi traduzido para a Língua Portuguesa, tendo sido realizada a retroversão dos itens. Os itens são pontuados de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente). Este instrumento divide-se também em duas sub-escalas: Reavaliação Cognitiva (6 itens) e Supressão Emocional (4 itens). O resultados variam entre 6 e 30 (Reavaliação) e entre 4 e 20 (Supressão), no entanto, para que fosse possível comparar o uso das duas estratégias, foi utilizada a média para cada uma das sub-escalas. Este instrumento reporta uma boa consistência interna ($\alpha = .83$ para a Reavaliação e $\alpha = .75$ para a Supressão). O questionário é apresentado em formato de papel e respondido através de uma cruz numa das cinco opções de resposta.

3.3.2 Escala de Bem-estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA)

Este instrumento desenvolvido por Bizarro (2000/2001) pretende avaliar o bem-estar psicológico na adolescência dos 12 aos 18 anos. É importante referir que no presente estudo, esta faixa etária foi alargada a crianças de 10 e 11 anos, de forma a ter em consideração o mesmo intervalo de idades do ERQ-CA. A EBEPA é constituída por 28 itens que se agrupam em cinco subescalas, consideradas dimensões do bem-estar psicológico, duas das quais avaliam índices de dificuldades emocionais, cognitivas, sociais e fisiológicas: Ansiedade (ANS) que avalia várias queixas habitualmente associadas a sintomas de ansiedade (*“senti-me nervoso”*) e Cognitiva-Emocional Negativa (CEN) que avalia aspectos cognitivos e emocionais do bem-estar psicológico com uma valência mais negativa (*“achei a minha vida sem qualquer interesse”*), e as outras três avaliam a presença de recursos pessoais emocionais, cognitivos e sociais: Cognitiva-Emocional Positiva (CEP) que avalia aspectos cognitivos e emocionais do bem-estar psicológico com uma valência mais positiva (*“senti-me uma pessoa feliz”*); Apoio Social (AS) que avalia a existência de pessoas que lhes possam assegurar um apoio socio-emocional (*“tive um amigo a quem pude contar os meus problemas”*); e finalmente Percepção de Competências (PC) que avalia a percepção de competências em geral, no domínio escolar e de resolução de problemas interpessoais em particular (*“achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros”*). É ainda possível obter um Indicador Total de Bem-estar obtido através das médias das dimensões. Este instrumento apresentou bons valores de precisão relativamente à adequabilidade das cinco dimensões propostas como integrantes do constructo de bem-estar psicológico dos adolescentes, sendo que os valores dos Alfa de Cronbach de cada

sub-escala oscilam entre .85 e .90, indicando boas consistências internas. O questionário é respondido numa escala de 6 pontos (6 = Sempre e 1 = Nunca).

3.3.3. Escala de Satisfação com a Vida (ESV)

A Escala de Satisfação com a Vida (ESV), elaborada por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), baseia-se no princípio teórico de que a Satisfação com a Vida representa o juízo subjetivo que cada indivíduo faz acerca da qualidade da sua vida, de acordo com critérios idiossincráticos (Pavot & Diener, 1993). Esta escala é constituída por 5 itens e tem por objetivo avaliar o modo como os indivíduos se julgam relativamente ao quão satisfeitos se encontram com as suas vidas (Diener et al., 1985). Os 5 itens que constituem a ESV foram selecionados a partir de um conjunto inicial de 48 itens referentes aos construtos Satisfação com a Vida e Bem-estar. Numa escala de 7 pontos (1 – fortemente em desacordo, 2 – desacordo, 3 – levemente em desacordo, 4 – nem de acordo nem em desacordo, 5 – levemente em desacordo, 6 – acordo, 7 – fortemente de acordo), os indivíduos devem indicar o seu grau de acordo com cada item. Assim, é possível obter uma pontuação entre 5 a 35 pontos, sendo mais pontos indicador de maior satisfação com a vida. No presente estudo, foram utilizadas médias dos índices totais de satisfação com a vida para que fosse possível comparar com os restantes instrumentos. No estudo das suas qualidades psicométricas, Diener e colaboradores (1985) verificaram que a escala tem uma boa consistência interna ($\alpha = .87$). Em concordância com o estudo original, uma investigação com adolescentes que tinha como objectivo a adaptação da referida escala à população portuguesa constatou também uma consistência interna do instrumento satisfatória ($\alpha = .78$) (Neto, 1993).

3.4 Procedimento de Recolha de Dados

A recolha dos dados da amostra para presente investigação decorreu de Março a Junho de 2014 através da aplicação de um conjunto de instrumentos a adolescentes de diversas idades, sendo que a mesma ocorreu em contexto grupal no caso das escolas (população sem doença), e em contexto individual no caso da associação (população com doença). Uma vez que a amostra foi recolhida no âmbito de um projecto de investigação mais vasto, foram aplicadas quatro escalas, das quais apenas três foram incluídas neste estudo.

Foi solicitada por escrito (Anexo A), junto dos serviços responsáveis pelas diversas instituições, a disponibilidade das mesmas para colaborar com a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa no âmbito da investigação. Uma vez aceite a parceria, foram enviados para os pais, no caso das escolas, os consentimentos informados (Anexo B) solicitando a

autorização para que os adolescentes menores de 18 anos pudessem participar, como também uma breve informação acerca do estudo, nomeadamente os objetivos gerais e a relevância do mesmo. Deste modo, os Encarregados de Educação foram informados quanto ao carácter voluntário, anónimo e confidencial da investigação em questão. Para além disso, foi disponibilizado um endereço de correio electrónico para possíveis esclarecimentos. No caso da associação, estes consentimentos foram entregues aquando da explicação do estudo aos pais e antes do preenchimento dos questionários pelos menores.

No caso das escolas, os questionários foram aplicados em contexto de sala de aula com a presença do investigador. Os instrumentos (Anexo C) foram distribuídos ao grupo e, de seguida, foram fornecidas instruções orais, iguais em todas as salas. Os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo e da possibilidade de desistência em qualquer altura da participação. Para além disso, foram lembrados quanto às condições de confidencialidade e quanto ao carácter voluntário da sua participação. Posteriormente, foi-lhes apresentado um conjunto de folhas com os instrumentos de medida envolvidos no estudo, juntamente com uma explicação prévia para cada. Numa folha de rosto, foram disponibilizadas algumas instruções padronizadas e foram recolhidos os dados sociodemográficos (idade, data de nascimento, sexo, ano de escolaridade, etnia, local de aplicação, local de residência, profissão da mãe do pai, presença de diabetes e tempo de diagnóstico) dos participantes.

No caso da associação, a aplicação foi realizada individualmente num gabinete médico disponível, ao longo de várias semanas. O primeiro contacto com as crianças e adolescentes era realizado na sala de espera enquanto aguardavam a sua vez para as consultas. Seguidamente, e caso aceitassem participar no estudo, eram encaminhados para um gabinete juntamente com o Encarregado de Educação. Nesta altura era explicado o estudo, bem como as questões éticas e fornecido o consentimento informado para que os Encarregados de Educação pudessem assinar. Depois deste procedimento eram fornecidos os questionários ao jovem (Anexo D), que os respondia com o investigador presente e, em alguns casos, com o Encarregado de Educação presente. Numa folha de rosto, foram disponibilizadas algumas instruções padronizadas e foram recolhidos os dados sociodemográficos (idade, data de nascimento, sexo, ano de escolaridade, local de aplicação, local de residência, profissão da mãe do pai, presença de diabetes e tempo de diagnóstico) dos participantes.

Os adolescentes demoraram, em média, entre 15 a 20 minutos no preenchimento dos instrumentos apresentados.

3.5. Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Para a recolha de dados foi necessário obter as autorizações de cada instituição. Para além da autorização das instituições, foi também necessário a autorização de cada jovem e do seu Encarregado de Educação, dando oportunidade a cada jovem de decidir sobre a sua participação no estudo, bem como a informação sobre o estudo e sobre a possibilidade de desistência.

É de salientar que os dados recolhidos através dos questionários mantêm o anonimato e a confidencialidade dos dados de todos os jovens que aceitaram participar no estudo, tendo sido atribuído a cada jovem um código que assegura esse anonimato e só os investigadores têm acesso à base dos dados recolhidos, o que garante esta confidencialidade.

3.6. Procedimentos Estatísticos

O tratamento estatístico dos resultados foi realizado com recurso a um software de análise estatística, o IBM SPSS Statistics 22.

A normalidade da distribuição foi verificada para ambas as amostras. No caso da população sem doença crónica utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo-se verificado que a distribuição da amostra não é considerada normal para algumas variáveis. No caso da população com doença crónica, utilizou-se o Teste de Shapiro-Wilk, tendo-se verificado que a amostra apresenta distribuição normal para a maioria das variáveis estudadas. Ainda assim, à luz do teorema do limite central, à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição amostral média tende a ser normal, independentemente do tipo de distribuição da variável em estudo (Barnes, 1994, citado por Marôco, 2007). De acordo com esta regra, como a dimensão das amostras é superior a 30 participantes, é possível a utilização de testes paramétricos.

É importante referir que estando o presente estudo inserido numa investigação mais vasta, em que a amostra da população sem doença foi comum a duas outras investigações, os estudos psicométricos para esta população foram realizados conjuntamente, uma vez que os dados destas análises seriam trabalhados nos três estudos.

Seguidamente foram realizadas análises factoriais exploratórias no sentido de compreender as estruturas dos três instrumentos utilizados na presente investigação. Estas análises factoriais foram realizadas apenas para a população sem doença, uma vez que os

valores obtidos nos testes de KMO (Kaiser-Meyer-Okin) e de Esfericidade de Bartlett assim o permitiram. A estrutura factorial foi estudada através da análise factorial exploratória, com rotação ortogonal (Varimax). Nos três instrumentos foram utilizados os critérios de Kaiser, de “Screeplot” e de variância acumulada explicada de pelo menos 50% (Marôco, 2007). Os casos omissos foram eliminados da amostra. No caso da amostra com doença, não foi possível realizar análises factoriais exploratórias, uma vez que o valor dos testes de KMO (Kaiser-Meyer-Okin) e de Esfericidade de Bartlett não o permitiram, assim como a dimensão da amostra e o número de casos por itens. Assim, a estrutura encontrada na população sem doença foi a utilizada na população com doença. A precisão dos instrumentos utilizados nesta investigação foi avaliada através de uma análise da consistência interna (cálculo do alfa de Cronbach) e a das correlações entre as subescalas dos instrumentos, nas duas populações estudadas.

As correlações entre os instrumentos (ERQ, EBEPA e ESV) foram calculadas através do coeficiente de Pearson. No sentido de se obter maior precisão, recorreu-se ao critério de $p < 0.01$, reduzindo-se, assim, a probabilidade de ocorrência de erro (Pallant, 2005).

Para o estudo da influência da diabetes na utilização de estratégias de auto-regulação emocional e no nível de bem-estar e satisfação com a vida foram utilizadas análises multivariadas da variância (MANOVA) com recurso ao método de Pillai para a identificação de diferenças significativas entre os grupos com e sem doença, uma vez que as dimensões das amostras são muito diferentes. No caso da Satisfação com a Vida foi realizada a comparação de médias de amostras independentes (teste t-Student).

4.RESULTADOS

4.1. Estudo Psicométrico dos Instrumentos de Medida na População Sem Doença

4.1.1 Análise Factorial do ERQ-CA

A estrutura factorial do ERQ-CA foi estudada através de uma análise factorial exploratória com rotação ortogonal (Varimax). Os pressupostos de tamanho da amostra (+150, segundo Tabachnick e Fidell, 2001 citado por Pallant, 2005), bem como o número de casos por cada variável (10 por item, segundo Nunnally, 1978 citado por Pallant, 2005) não foram violados. Os resultados obtidos no Teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .691$) e no Teste da Esfericidade de Bartlett ($p = .000$) apoiaram a continuação da análise factorial (Pallant, 2005). Para a definição dos factores foram utilizados os critérios de Kaiser, de “Screeplot” e de variância acumulada explicada de pelo menos 50% (Marôco, 2007).

Tabela 1 – Análise Factorial do Questionário ERQ-CA

Item	Supressão	Reavaliação	Distracção
2.Guardo os meus sentimentos para mim próprio	.738		
4.Quando me sinto feliz, tenho cuidado para não o mostrar	.557		
6.Eu controlo os meus sentimentos não os mostrando	.807		
9.Quando me sinto mal (ex. triste, zangado, preocupado), em relação a alguma coisa, tenho cuidado para não o mostrar	.690		
5.Quando estou preocupado com alguma coisa tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor		.592	
7.Quando me quero sentir mais feliz em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso nela		.659	
8. Eu controlo os meus sentimentos sobre as coisas, mudando a forma como penso sobre elas		.738	
10. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangado, preocupado), em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso sobre isso		.664	
1.Quando me quero sentir mais feliz, penso em algo diferente			.808
3.Quando me quero sentir menos mal, penso em algo diferente			.794

A Tabela 1 remete para a estrutura factorial do ERQ-CA no presente estudo. Contrariamente ao estudo original (Gullone & Taffe, 2012), foi encontrada uma estrutura de três factores, que explicam 53,03% da variância total. A subescala de Supressão Emocional manteve a sua estrutura, sendo composta pelos itens 2,4, 6 e 9. A subescala Reavaliação Cognitiva surgiu com quatro itens apenas, dos seis originais (5,7,8,10). Os itens 1 e 3, anteriormente pertencentes à subescala Reavaliação Cognitiva agruparam-se num novo factor que foi denominado por Distracção e que se pode caracterizar por pensar em algo diferente,

levando à distração do pensamento que elícita o mal-estar e não à mudança do pensamento sobre a própria situação.

Optou-se por manter esta nova estrutura de três factores, pois a solução de dois factores não revelou um ajustamento satisfatório para a amostra considerada, sendo a variância explicada pelos mesmos muito inferior a 50%.

4.1.2. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações no ERQ-CA

A análise descritiva (média e desvio-padrão), a consistência interna e as intercorrelações no ERQ-CA encontram-se representadas na Tabela 2.

A consistência interna do instrumento foi estudada pelo cálculo do alfa de Cronbach para o instrumento total ($\alpha = .63$), revelando um nível de precisão aceitável, e para as suas subescalas (ver Tabela 2). As subescalas do ERQ-CA revelaram uma consistência interna aceitável² para a Supressão Emocional ($\alpha = .66$) e para a Reavaliação Cognitiva ($\alpha = .61$) e uma consistência interna fraca para a Distração ($\alpha = .55$). No entanto, a exclusão de itens não melhoraria significativamente nenhum dos três coeficientes.

As escalas Supressão, Reavaliação e Distração não se correlacionam entre si. As escalas Reavaliação e Distração correlacionam-se entre si de forma positiva, demonstrando um efeito médio³ ($r = 0.336$).

Tabela 2 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas do ERQ-CA

	M	dp	Supressão	Reavaliação	Distração
Supressão	2,76	.77	($\alpha=.66$)	.089	.060
Reavaliação	3,45	.72		($\alpha=.61$)	.336*
Distração	3,72	.81			($\alpha=.55$)

*A correlação é significativa no nível 0.01

² Para classificar a consistência interna das subescalas foi utilizada uma classificação de Pereira & Patrício (2013) em que um alfa entre 1 e .90 é considerado muito bom, de .90 a .70 é bom, de .70 a .60 é aceitável, de .60 a .50 é fraco e menos de .50 é inaceitável. Esta classificação foi utilizada ao longo do presente estudo.

³ Para avaliar a dimensão do efeito da correlação foi utilizada uma classificação de Cohen (1988) com alterações de Marôco (2007) em que numa correlação inferior a 0.10 é considerado um efeito pequeno ou fraco, entre 0.1 e 0.25 temos uma correlação com efeito médio, entre 0.25 e 0.5 temos um efeito de correlação elevado e quando este valor ultrapassa o valor de 0.5 temos um efeito muito elevado. Esta classificação foi utilizada em todas as correlações efectuadas.

4.1.3. Análise Factorial da EBEPa

A estrutura fatorial do EBEPa foi estudada através de uma análise factorial exploratória com rotação ortogonal (Varimax). Os pressupostos de tamanho da amostra (+150, segundo Tabachnick & Fidell, 2001, citado por Pallant, 2005), bem como o número de casos por cada variável (10 por item, segundo Nunnally, 1978, citado por Pallant, 2005) não foram violados. Os resultados obtidos no Teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .931$) e no Teste da Esfericidade de Bartlett ($p = .000$) apoiaram a continuação da análise factorial (Pallant, 2005). Para a definição dos factores foram utilizados os critérios de Kaiser, de “Screeplot” e de variância acumulada explicada de pelo menos 49,70% (Marôco, 2007).

Tabela 3 – Análise Factorial da EBEPa

Item	CEN	CEP	AS
4. Senti-me triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena	.653		
6. Andei irritado	.670		
8. Achei a minha vida sem qualquer interesse	.574		
11. Senti-me nervoso, tenso	.669		
14. Senti-me ao ponto de explodir	.768		
16. Achei que nada aconteceu como esperava	.623		
17. Tive dores de cabeça	.586		
20. Senti-me ansioso e preocupado	.700		
21. Achei que não tinha nada a esperar do futuro	.556		
22. Achei que não era capaz de fazer nada bem feito	.677		
23. Senti dificuldade em acalmar-me	.737		
26. Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar	.752		
1. Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros	.649		
3. Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar	.719		
5. Gostei de mim próprio	.641		
7. Consegui ver o lado positivo das coisas	.569		
10. Gostei das coisas que fazia	.595		
12. Senti-me uma pessoa feliz	.544		
13. Estive empenhado nas coisas que fazia	.550		
18. Achei que capaz de resolver os meus problemas do dia a dia	.593		
24. Aconteceram na minha vida que eu gostei	.479		
2. Tive um amigo íntimo que me compreendeu mesmo			.702
9. Tive um amigo a quem pude contar os meus problemas			.837
15. Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres			.533
19. Achei que tinha alguém com quem desabafar			.838
25. Achei que tinha alguém verdadeiramente meu amigo			.802
27. Achei que era capaz de resolver os problema que tive com amigos			.444
28. Tive colegas com quem gostei de estar			.687

A Tabela 3 remete para a estrutura factorial do EBEPa no presente estudo. Contrariamente ao encontrado no estudo original (Bizarro, 2000/2001), obteve-se uma estrutura de três factores que explicam 49,70% da variância total.

As subescalas Cognitiva Emocional Negativa e Ansiedade surgiram agrupadas num só factor, bem como as subescalas Cognitiva Emocional Positiva e Percepção de Competências. A subescala Apoio Social manteve a sua estrutura original. No entanto o item 27 que originalmente saturava mais na subescala Percepção de Competências, nesta análise parece saturar mais no factor Apoio Social. Desta forma, a escala EBEPa subdivide-se em três subescalas: Cognitiva Emocional Negativa (CEN) constituída pelos itens 4, 6, 8, 11, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 23 e 26; Cognitiva Emocional Positiva (CEP) constituída pelos itens 1, 3, 5, 7, 10, 12, 13, 18 e 24; e Apoio Social (AS) constituída pelos itens 2, 9, 15, 19, 25, 27 e 28.

Esta foi a estrutura utilizada nesta investigação, uma vez que pode ser explicada teoricamente e que os estudos originais já apontavam no sentido de discrepâncias na estrutura das dimensões, nomeadamente nas subescalas Cognitiva-Emocional Negativa e na Ansiedade.

4.1.4. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações na EBEPa

A análise descritiva (média e desvio-padrão), a consistência interna e as intercorrelações na EBEPa encontram-se representadas na Tabela 4. O indicador total de bem-estar apresentou uma média de 4,55 (dp = .70). As médias e desvios-padrão das subescalas estão apresentadas na Tabela 4.

A consistência interna do instrumento foi estudada pelo cálculo do alfa de Cronbach para o instrumento total ($\alpha = .91$), revelando um nível de precisão muito bom, e para as subescalas da EBEPa que revelaram uma consistência interna muito boa para a Cognitiva Emocional Negativa ($\alpha = .90$) e boa para a Cognitiva Emocional Positiva ($\alpha = .84$) e para o Apoio Social ($\alpha = .84$) (Ver tabela 4).

Tabela 4 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas da EBEPa

	M	dp	CEN	CEP	AS
CEN	4,45	.91	($\alpha=.90$)	-.572*	-.227*
CEP	4,35	.81		($\alpha=.84$)	.444*
AS	4,82	.98			($\alpha=.84$)

*A correlação é significativa ao nível 0.01

Existem correlações estatisticamente significativas entre escalas. As escalas Cognitiva Emocional Negativa e Cognitiva Emocional Positiva demonstraram uma correlação negativa muito elevada ($r = -.572$). A escala Cognitiva Emocional Negativa e Apoio Social

correlacionaram-se de forma negativa e fraca ($r = -.227$). Por fim, as escalas Cognitiva Emocional Positiva e Apoio Social correlacionam-se entre si de forma positiva e média ($r = .444$).

4.1.5. Análise Factorial da ESV

A estrutura factorial da ESV foi estudada através de uma análise factorial exploratória com rotação ortogonal (Varimax). Os pressupostos de tamanho da amostra (+150, segundo Tabachnick & Fidell, 2001, citado por Pallant, 2005), bem como o número de casos por cada variável (10 por item, segundo Nunnally, 1978, citado por Pallant, 2005) não foram violados. Os resultados obtidos no Teste de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .824$) e no Teste da Esfericidade de Bartlett ($p = .000$) apoiaram a continuação da análise factorial (Pallant, 2005). Para a definição dos factores foram utilizados os critérios de Kaiser, de “Screeplot” e de variância acumulada explicada de pelo menos 50% (Marôco, 2007).

A Tabela 5 remete para a estrutura factorial da ESV no presente estudo. A estrutura factorial foi concordante com a estrutura original uma vez que, de acordo com os resultados de Neto (1993) e de Diener e colaboradores (1985), emergiu apenas um factor, explicando 57.96% da variância total (53.3% e 66% nos estudos de Neto, 1993 e Diener et. al., 1985, respectivamente).

Tabela 5 – Análise Factorial da Escala ESV

Item	Saturação para 1 factor
1. Em muitos aspectos a minha vida aproxima-se dos meus ideais	.770
2. As minhas condições de vida são excelentes	.689
3. Estou satisfeito com a minha vida	.868
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida	.815
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	.643

4.1.6. Análise Descritiva e Consistência Interna da ESV

A pontuação média na ESV foi de 25.63 ($dp = 5.8$), sendo este valor comparável aos resultados obtidos por Neto (1993) numa amostra com adolescentes portugueses ($M = 24.1$; $dp = 5.9$) e por Diener e colaboradores (1985) com estudantes americanos ($M = 23.5$). No presente estudo, optámos por utilizar as médias da Satisfação com a Vida como substituição do somatório nos testes estatísticos seguintes, obtendo assim uma média de 5.13 ($dp = 1.16$).

O coeficiente de consistência interna foi calculado através do alfa de Cronbach, tendo-se obtido o valor de .80 (.78 no estudo de Neto, 1993), revelando um bom nível de precisão.

4.2 Estudo Psicométrico dos Instrumentos de Medida na População com Doença

4.2.1. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações no ERQ-CA

A análise descritiva (média e desvio-padrão), a consistência interna e as intercorrelações no ERQ encontram-se representadas na Tabela 6.

As subescalas do ERQ-CA revelaram uma consistência interna fraca, e para as suas subescalas As subescalas do ERQ-CA revelaram uma consistência interna boa para a Reavaliação Cognitiva ($\alpha = .82$), aceitável para a Distração ($\alpha = .65$) e fraca para a Supressão Emocional ($\alpha = .58$). Não foram encontradas correlações significativas entre subescalas (ver Tabela 6).

Tabela 6 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas do ERQ-CA

	M	dp	Supressão	Reavaliação	Distração
Supressão	2.84	.73	($\alpha=.58$)	-.153	.030
Reavaliação	3.64	.74		($\alpha=.82$)	.314
Distração	3.45	.91			($\alpha=.65$)

4.2.2. Análise Descritiva, Consistência Interna e Intercorrelações na EBEPa

A análise descritiva (média e desvio-padrão), a consistência interna e as intercorrelações na EBEPa encontram-se representadas na Tabela 7. O indicador total de bem-estar apresentou uma média de 4,54 (dp = .86). As médias e desvios-padrão das subescalas estão apresentadas na Tabela 4.

A consistência interna do instrumento foi estudada pelo cálculo do alfa de Cronbach para o instrumento total ($\alpha = .94$), revelando um nível e precisão muito bom, e as subescalas da EBEPa revelaram uma consistência interna muito boa para o Apoio Social ($\alpha = .90$) e boa para a Cognitiva Emocional Negativa ($\alpha = .89$) e para a Cognitiva Emocional Positiva ($\alpha = .85$) (Ver tabela 7).

Existem correlações estatisticamente significativas entre escalas. A subescala Cognitiva Emocional Negativa correlaciona-se negativamente com as restantes escalas, revelando efeitos muito elevados com ambas (CEP $r = -.601$ e AS $r = -.512$). A subescala Cognitiva Emocional

Positiva correlaciona-se positivamente e de forma muito elevada com a subescala Apoio Social ($r = .756$).

Tabela 7 – Médias, Desvio-Padrão, Alfas de Cronbach e Correlações entre subescalas da EBEPA

	M	dp	CEN	CEP	AS
CEN	4,27	.89	($\alpha=.89$)	-.601*	-.512*
CEP	4,49	.91		($\alpha=.85$)	.756*
AP	4,80	1.14			($\alpha=.90$)

*A correlação é significativa no nível 0.01

4.2.3. Análise Descritiva, Consistência Interna na ESV

A pontuação média na ESV foi de 24.7 ($dp = 6.7$), sendo este valor comparável aos resultados obtidos por Neto (1993) numa amostra com adolescentes portugueses ($M = 21.1$; $dp = 5.9$) e por Diener e colaboradores (1985) com estudantes americanos ($M = 23.5$). No presente estudo, optámos por utilizar as médias da Satisfação com a Vida como substituição do somatório, assim obtivemos uma média de 4.94 ($dp = 1.34$). O coeficiente de consistência interna foi calculado através do alfa de Cronbach, tendo-se obtido o valor de .85 (.78 no estudo de Neto, 1993), revelando um bom nível de precisão da ESV.

4.3. Análise das Relações entre Estratégias de Auto-regulação Emocional, Bem-estar Psicológico e Satisfação com a Vida

O cálculo de correlações, através do coeficiente de Pearson, entre os factores identificados no ERQ-CA (3 factores), na EBEPA (3 factores e o Índice total de bem-estar) e na ESV (1 factor) permitiu testar algumas das questões formuladas (Tabela 8).

Tabela 8 – Matriz de Correlações entre ERQ-CA x EBEPA x ESV

		ERQ-CA				EBEPA			ESV
		D	RC	SE	CEN	CEP	AS	Total	SV
ERQ-CA	D	1	.314	.030	-.122	.248	.173	.224	.081
	RC		1	-.153	-.047	.450*	.196	.265	.228
	SE			1	.310	-.401	-.579*	-.517*	-.437
EBEPA	CEN				1	-.601*	-.512*	-.796*	-.502*
	CEP					1	.756*	.906*	.387
	AS						1	.893*	.366
	Total							1	.480*

*A correlação é significativa no nível 0.01

Observando a matriz de correlações verificamos algumas correlações significativas. Algumas destas correlações já foram anteriormente referidas durante o estudo psicométrico.

Por essa razão, nesta secção só serão referidas as correlações ainda não apresentadas. Assim, é importante referir as relações entre as dimensões do EBEPA e o indicador total de bem-estar. Este último correlaciona-se de forma negativa e muito elevada ($r = -.796$) com a subescala Cognitiva Emocional Negativa (CEN) e de forma positiva e muito elevada ($r = .906$ e $r = .893$, respectivamente) com a subescala Cognitiva Emocional Positiva (CEP) e com a subescala Apoio Social (AS). Quanto à Satisfação com a Vida (SV), esta encontra-se correlacionada negativamente e de forma elevada ($-.502$) com a subescala Cognitiva Emocional Negativa e de forma positiva e elevada ($r = .480$) com o indicador total de bem-estar.

Quanto às relações entre as três estratégias de regulação emocional e bem-estar psicológico e satisfação com a vida, a subescala Distracção não demonstrou correlações estatisticamente significativas com as restantes subescalas. A subescala Reavaliação revelou-se positivamente correlacionada e de forma elevada com a dimensão Cognitiva Emocional Positiva da escala EBEPA ($r = .450$). A subescala Supressão demonstrou correlações significativas, negativas e muito elevadas, com a dimensão Apoio Social ($r = -.579$) e com o indicador total de bem-estar ($r = -.517$).

4.4.Comparação entre Grupos (Com e Sem Doença)

Para investigar diferenças entre grupos (com e sem doença), foram efectuadas análises de variância, para as estratégias de Regulação Emocional e Bem-estar, e comparação de médias, no caso da Satisfação com a Vida. Para tal, foram investigadas a normalidade das amostras e a homogeneidade de variâncias. Quanto à normalidade, foi verificada através do Teste de Shapiro-Wilk, no caso da população com doença, tendo se verificado uma distribuição normal para todas as variáveis a estudar, excepto para a Satisfação com a Vida e para a subescala Apoio Social. No caso da população sem doença, foi utilizado o Teste de Kolmogorov-Smirnov, tendo-se verificado uma distribuição não normal. Ainda assim, tendo em conta o teorema do limite central, à medida que a dimensão da amostra aumenta, a distribuição amostral média tende a ser normal, independentemente do tipo de distribuição da variável em estudo (Barnes, 1994, citado por Marôco, 2007) e uma vez que a dimensão das amostras é superior a 30 participantes, é possível a utilização de testes paramétricos. Quanto à homogeneidade das variâncias, esta foi avaliada com o teste de Levene e com a informação da M.Box no caso das análises de variância, e não tendo existido violação deste pressuposto em nenhuma das análises.

É ainda importante salientar que no caso das análises de variância efectuadas foi o utilizado o traço de Pillai em vez do Lambda de Wilks, uma vez que comparámos amostras com

dimensões muito diferentes (Marôco, 2007). No então, a significância para ambos foi igual, reforçando os resultados obtidos.

4.4.1 Análise das Variâncias das Estratégias de Regulação Emocional (ERQ-CA)

Para investigar possíveis diferenças entre o grupo sem doença e o grupo com doença em relação às estratégias de auto-regulação emocional, foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA). A variável independente com dois níveis utilizada foi a presença/ausência de doença. Por sua vez, as subescalas do ERQ-CA (Supressão, Reavaliação e Distracção) constituíram-se enquanto variáveis dependentes.

Tabela 9 – Testes multivariáveis para o ERQ-CA

	Valor	F	Df de hipótese	Erro df	Sig.	Eta parcial quadrado
Traço de Pillai	.012	2.922	3	718	.033*	.012

*Valor significativo ($p < .05$)

Através da análise do Traço de Pillai (Tabela 9) podemos verificar diferenças entre grupos na utilização das estratégias de auto-regulação emocional ($F(3,718) = 2,922$; $p = 0.033$; Traço de Pillai = .012; Eta parcial quadrado = .012) indicando um efeito principal da doença na utilização das estratégias estudadas.

Todavia, não foi possível discriminar diferenças mais finas quanto à utilização das estratégias, uma vez que no estudo individual nenhuma delas demonstrou significância estatística (Tabela 10). Ainda assim, a estratégia Distracção apresentou uma significância de $p = .058$, encontrando-se próxima de ser estatisticamente significativa.

Tabela 10 – Efeitos entre assuntos no ERQ-CA

	F	Df	Sig.	Eta parcial quadrado
Distracção	3.6	1	.058	.005
Reavaliação	2.11	1	.146	.003
Supressão	.29	1	.592	.000

4.4.2 Análise das Variâncias das Dimensões do Bem-estar Psicológico (EBEPA)

Para investigar possíveis diferenças entre os grupos sem doença e com doença em relação ao nível de bem-estar psicológico foi realizada uma análise multivariada da variância (MANOVA). A variável independente com dois níveis utilizada foi a presença/ausência de

doença, sendo que as variáveis dependentes foram as subescalas da EBEPA (CEN, CEP e AS), bem como o Indicador Total de Bem-estar.

Tabela 11 – Testes multivariáveis para a EBEPA

	Valor	F	Df de hipótese	Erro df	Sig.	Eta parcial quadrado
Traço de Pillai	.008	1.78	3	675	.150	.008

Através da análise do Traço de Pillai (Tabela 11) podemos verificar que não existem diferenças entre os grupos com e sem doença quanto ao nível de bem-estar ($F(3,675) = 1,78$; $p = 0.150$; Traço de Pillai = .008; Eta parcial quadrado = .008).

4.4.3 Comparação das médias da satisfação com a vida (ESV)

Para investigar possíveis diferenças entre o grupo sem doença e o grupo com doença em relação ao nível de satisfação com a vida foi realizada uma comparação de médias através de um teste de t-Student para amostras independentes. A variável independente com dois níveis utilizada foi a presença/ausência de doença e a variável dependente o Índice Total de Satisfação com a Vida.

Tabela 12 – T-Test para a ESV

	T	Df	Sig.	Diferença média	Erro padrão de diferença
Variâncias iguais assumidas	-.861	708	.390	-.18443	.21421

Através da análise da tabela 12 podemos verificar que não existem diferenças entre os grupos com doença ($M = 4,94$, $DP = 1,34$) e sem doença ($M = 5,13$, $DP = 1,16$) quanto ao nível de satisfação com a vida ($t(708) = -.861$, $p = .39$).

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

5.1 Discussão

A regulação das emoções têm sido associadas à adesão e gestão da diabetes, demonstrando grande influência no controlo metabólico e nos comportamentos destes indivíduos, sendo apontadas como centrais na adesão e gestão da doença (Graziano, 2011; Riazi, Pickup e Bradley, 2004). O presente estudo focou-se em duas estratégias de auto-regulação emocional, nomeadamente a Reavaliação Cognitiva e a Supressão Emocional, e pretendeu investigar se existem diferenças na sua utilização entre crianças e jovens com e sem diabetes e como as duas estratégias podem contribuir para a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico das duas populações.

A pertinência desta investigação baseia-se na necessidade de procurar indicadores de bom ajustamento psicológico à doença, no sentido de contribuir para uma maior adequação das intervenções psicoterapêuticas junto de crianças e adolescentes para promover a adaptação à doença crónica, bem como no facto de existirem ainda poucos estudos nestas faixas etárias que fundamentem a relação entre as estratégias de auto-regulação emocional, bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

Desta forma, foram estabelecidos os seguintes objectivos: (1) estudar as propriedades psicométricas do Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA), (2) verificar se as relações entre auto-regulação emocional, bem-estar psicológico e satisfação com a vida encontradas em adultos, se verificam também em crianças e adolescentes com doença crónica e, por fim, (3) averiguar se existem diferenças entre crianças e adolescentes com e sem doença crónica nestas variáveis.

Quanto ao primeiro objectivo, foram estudadas as qualidades psicométricas dos três instrumentos utilizados (ERQ-CA, EBEPa e ESV), tanto na população sem doença como na população com doença. A este propósito foram efectuadas análises factoriais na população sem doença, com o intuito de investigar a estrutura dos instrumentos. Na população com doença não foi possível efectuar análise factorial devido ao número reduzido da amostra e de casos por item, critérios estes que são necessários para a realização de Análise Factorial (Pallant, 2005). Além desta análise, foram realizadas análises descritivas, análise da consistência interna e ainda correlações entre subescalas.

A análise factorial efectuada ao Questionário de Regulação Emocional para Crianças e Adolescentes (ERQ-CA) não apoiou a estrutura de dois factores reportada por Gullone e Taffe, (2012). A subescala de Supressão Emocional manteve a sua estrutura original. A subescala de Reavaliação Cognitiva apareceu apenas com quatro itens, uma vez que os dois outros itens pertencentes a esta escala se agruparam numa nova subescala, Distracção. Esta nova subescala engloba os itens “*Quando me quero sentir feliz, penso em algo diferente*” e “*Quando me quero sentir menos mal, penso em algo diferente*”, sugerindo desta forma alguma distracção de pensamento em que não há uma reelaboração cognitiva da situação causadora da emoção em causa, mas sim uma substituição de um pensamento por outro mais agradável. Esta nova estrutura poderá dever-se a características da amostra não controladas ou a procedimentos metodológicos, tais como questões de linguagem aquando da tradução do instrumento que possam ter levado a interpretações diferentes dos dois itens citados.

Os resultados do estudo psicométrico tanto na população sem doença como na com doença, revelaram consistências internas mais baixas do que o estudo original de Gullone e Taffe (2013), que reportaram níveis de consistência interna desejáveis para ambas as subescalas. A Supressão Emocional revelou uma consistência interna aceitável na população sem doença, embora fraca na população com doença. A subescala de Reavaliação Cognitiva, apesar de apresentar mudanças na sua estrutura, revelou uma consistência interna aceitável na população sem doença e uma boa consistência, na população com doença, equivalente ao estudo original. A nova subescala Distracção apresentou uma consistência interna fraca na população sem doença e aceitável na população com doença. O reduzido número de itens por subescala, principalmente na nova subescala Distracção, poderá justificar alguns dos reduzidos índices de precisão (ver por exemplo, Pallant, 2005).

Quanto ao estudo psicométrico da Escala de Bem-Estar Psicológico para Adolescentes (EBEPA) foi realizada uma análise factorial exploratória, revelando resultados diferentes comparativamente à estrutura proposta por Bizarro (2000/2001). Originalmente foram propostas cinco subescalas duas das quais avaliam índices de dificuldades emocionais, cognitivas, sociais e fisiológicas (Ansiedade (ANS) e Cognitiva Emocional Negativa (CEN)), enquanto as restantes três avaliam a presença de recursos pessoais emocionais, cognitivos e sociais (Emocional Positiva (CEP); Apoio Social (AS) e Percepção de Competências (PC)). No presente estudo foram identificadas apenas três subescalas: Cognitiva Emocional Negativa (CEN), Cognitiva Emocional Positiva (CEN) e Apoio Social (AS).

Relativamente à subescala Cognitiva Emocional Negativa (CEN), esta apareceu agrupada num só factor com a subescala Ansiedade (ANS), dando origem à nova subescala Cognitiva Emocional Negativa, assim como as subescalas Cognitiva Emocional Positiva (CEP) e Percepção de Competências (PC), que juntas formaram a nova subescala Cognitiva Emocional Positiva. Estes agrupamentos de escalas podem ser justificados pela proximidade teórica de conteúdo entre as subescalas citadas, uma vez que ao ser definida como englobando auto-verbalizações e emoções de valência positiva, a CEP tende a integrar em si construtos avaliados pela PC. Dito de outra forma, verbalizações sobre a percepção da sua competência que tendem a influenciar a auto-estima e a percepção positiva do *self*. Por sua vez a ANS avalia construtos abrangidos pela CEN, isto é, cognições e emoções de valência negativa. Podemos ainda referir que no estudo inicial as subescalas CEN e ANS apareceram associados num só factor, mas que por decisão do investigador foram mantidas em dimensões separadas (ver Bizarro, 2000/2001), o que suposta também o agrupamento de subescalas encontrado.

A subescala Apoio Social manteve a sua estrutura original, no entanto o item 27 (*“Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com os meus amigos”*), que originalmente saturava mais na subescala Percepção de Competências, nesta análise parece saturar mais no factor Apoio Social. Esta nova colocação do item 27 poderá dever-se ao facto deste item estar relacionado também com suporte social, mas obtido junto de amigos.

É ainda importante referir que uma possível explicação para esta nova estrutura poderia ser o facto da faixa etária de aplicação da EBEPA ter sido alargada à infância tardia, como referido no método. No entanto, esta hipótese foi explorada com análises factoriais só com adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 e com a população total dos 10 aos 18 anos, sendo que a estrutura encontrada foi exactamente a mesma. Neste sentido, o alargamento da faixa etária de aplicação do instrumento não parece ter influenciado a nova estrutura. Por fim, e tendo em conta as alterações estruturais desta escala, o Indicador Total de Bem-estar foi calculado através da média das novas três subescalas e esta nova estrutura foi a utilizada neste estudo.

As consistências internas foram também estudadas. Além disso, as várias subescalas apresentaram boas consistências internas em ambas as populações, em concordância com as encontradas por Bizarro (2000/2001).

No estudo psicométrico da Escala de Satisfação com a Vida (ESV), a análise factorial exploratória mostrou que todos os itens tinham contribuições significativas num só factor. Para

além disso, o estudo da consistência interna demonstrou que a escala apresenta um bom nível de precisão em ambas as populações. Tais resultados encontram-se de acordo com estudos realizados por Diener e colaboradores (1985) na versão original, e por Neto (1993) na versão portuguesa numa amostra com adolescentes. Este estudo confirma a perspectiva de Neto (1993) de que a ESV pode ser utilizada com adolescentes e acrescenta que a sua aplicação parece ser ainda adequada a crianças a partir dos 10 anos.

De acordo com o segundo objectivo, o de estudar as relações entre as estratégias de regulação emocional, o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida em jovens com diabetes, foi realizado um estudo correlacional. Existindo evidências sobre as relações entre estas três variáveis em adultos (ver por exemplo Gross & John, 2003, 2004), foram colocadas as seguintes questões:

Questão 1 - Será que a utilização da Supressão Emocional como estratégia de auto-regulação emocional se encontra relacionada com menores níveis de bem-estar e de satisfação com a vida, em crianças e adolescentes com diabetes? ;

Questão 2 – Será que a utilização da Reavaliação Cognitiva como estratégia de auto-regulação emocional se encontra relacionada com maiores níveis de bem-estar e de satisfação com a vida, em crianças e adolescentes com diabetes?

No presente estudo foram encontradas correlações negativas significativas entre a Supressão Emocional e o Bem-estar Psicológico Total, bem como entre a mesma estratégia e a dimensão Apoio Social do Bem-estar Psicológico. Desta forma, crianças e adolescentes com diabetes que utilizam preferencialmente a Supressão parecem revelar níveis mais baixos de bem-estar psicológico, bem como uma baixa percepção de apoio social. Estes resultados parecem estar de acordo com alguns dos estudos de Gross e John (2003) em adultos sem doença crónica, que revelam que a Supressão Emocional se encontra associada a menor expressão e experiência de afecto positivo, relações menos próximas, menor suporte social e níveis menores de bem-estar e satisfação com a vida. Os mesmos autores explicam a correlação negativa entre Supressão e Apoio Social, uma vez que esta estratégia exige que o indivíduo consiga gerir as tendências de acção que estão constantemente a surgir, o que consome demasiados recursos cognitivos que poderiam ser utilizados para melhorar o desempenho em contextos sociais. Esta gestão leva a custos em contextos sociais, pois o supressor falha na absorção da informação e tende a parecer distante nas interacções sociais (Gross & John, 2004), o que se reflecte em menor responsividade e menor envolvimento emocional. No campo da doença crónica, o estudo

de Stanton, Collins e Sworowski (2001) reforça que o uso de estratégias orientadas para o evitamento, como a supressão, tendem a predizer um pior bem-estar e ajustamento psicológico à doença, ao longo do tempo, apoiando a relação encontrada entre supressão e bem-estar psicológico. É ainda importante não esquecer que os indivíduos que usam tipicamente a supressão como forma de lidar com as suas emoções apenas modificam o comportamento expressivo, mascarando os seus sentimentos e reprimindo as suas expressões emocionais e que, desta forma, estão mais inseguros sobre o que sentem e tendem a sentir-se pouco autênticos. De facto, a supressão emocional cria no indivíduo um sentimento de incongruência entre a experiência interna e a sua expressão externa, o que poderá conduzir a sentimentos negativos sobre o *self*, pois o indivíduo sente que não está a ser honesto consigo e com os outros (Sheldon, Ryan, Rawsthorne & Ilardi, 1997). Estas discrepâncias entre *selfs*, bem como o sentimento de incongruência e inautenticidade, poderão também contribuir para explicar esta associação entre Supressão e níveis mais baixos de bem-estar psicológico.

Foi também encontrada uma correlação positiva entre Reavaliação Cognitiva e a dimensão Cognitiva-Emocional Positiva do Bem-estar Psicológico, na presente investigação. No caso da Reavaliação, esta parece associar-se a auto-verbalizações e estados emocionais de valência positiva nestes jovens. Esta dimensão do bem-estar engloba maiores de níveis de felicidade, optimismo e percepção de maior competência, o que indirectamente indica maiores níveis de bem-estar psicológico, uma vez que a CEP é uma dimensão do mesmo. Estes resultados apoiam parte dos estudos de Gross e John (2003, 2004) que revelam uma associação entre a Reavaliação e a expressão de maior número de emoções positivas, relações mais próximas com os outros, e os maiores níveis de bem-estar e satisfação com a vida. Esta maior experiência de emoções e auto-verbalizações de valência positiva poderá ser explicada pelo facto destes indivíduos negociarem as situações adoptando uma atitude optimista, reinterpretando-as e fazendo esforços para reparar a emoção negativa, modificando não só o que expressam através do comportamento, mas também o que sentem e o que partilham com os outros (Gross & John, 2003, 2004). Paralelamente, outros estudos reforçam que a utilização da reavaliação resulta na redução do mal-estar e de reacções psicológicas associadas a emoções desagradáveis (Wolgast, Lundh & Viborg, 2011), reforçando mais uma vez esta relação encontrada entre a Reavaliação e a experiência de emoções de valência positiva, bem como de auto-verbalizações mais positivas, variáveis cognitivas que influenciam o bem-estar.

Assim, as questões 1 e 2 foram parcialmente respondidas. De facto, em crianças e jovens com diabetes, a Supressão Emocional parece associar-se a uma percepção de reduzido apoio

social e a níveis mais reduzidos de bem-estar psicológico. No entanto, não foi encontrada relação entre esta estratégia e menores níveis de Satisfação com a Vida. No caso da Reavaliação Cognitiva, parece existir uma relação entre a sua utilização preferencial e a existência de auto-verbalizações e estados emocionais de valência positiva. Contudo, apesar da subescala Cognitiva-Emocional Positiva ser uma dimensão do bem-estar psicológico, não foi encontrada uma correlação significativa com o Bem-estar Psicológico total, nem com a Satisfação com a Vida.

Surgiram ainda outras correlações nesta população com doença crónica na EBEPa. Auto-verbalizações e emoções de valência negativa encontram-se associados inversamente a auto-verbalizações de valência positiva, apoio social e bem-estar psicológico de forma geral. Por sua vez, auto-verbalizações e emoções de valência positiva, encontram-se relacionados com percepção de maior apoio social e maiores níveis de bem-estar psicológico geral. Cumulativamente, maiores níveis de apoio social associam-se também a maiores níveis de bem-estar psicológico. Algumas destas correlações foram também encontradas no estudo original de Bizarro (2000/2001). Apesar das modificações na estrutura, podemos constatar que algumas destas relações foram também encontradas no estudo original de Bizarro (2000/2001). Assim podemos constatar que existem correlações positivas entre a nova subescala Cognitiva Emocional Positiva (CEN) e Apoio Social (AS), possivelmente devido à integração da subescala de Percepção de Competências (PC) na nova subescala CEP, uma vez que já existia uma correlação positiva e significativa no estudo original entre PC e AS. Podemos ainda encontrar correlações negativas entre as novas subescalas Cognitiva Emocional Negativa (CEN) e Cognitiva Emocional Positiva (CEP), o que também se verificou no estudo original entre CEN e CEP, CEN e PC e entre ANS e CEN. A correlação negativa entre a nova subescala CEN e a subescala Apoio Social foi também verificada no estudo original, principalmente entre Ansiedade e Apoio Social.

Teoricamente, sendo o Bem-estar Psicológico definido como a ausência de problemas ou perturbações psicológicas e a presença de recursos pessoais que promovam e facilitem o funcionamento psicológico (Diener, 1994), é compreensível que tais relações ocorram, uma vez que é expectável que quanto maior for o número de problemas ou perturbações psicológicas, menor seja o bem-estar psicológico, assim como quanto mais recursos existirem (por exemplo, percepção de competências pessoais, percepção de apoio social, experiência de emoções agradáveis), maior seja o bem-estar psicológico. É ainda expectável que as dimensões que

avaliam recursos estejam inversamente correlacionadas com a dimensão que avalia as dificuldades e problemas.

Por fim, a presença de auto-verbalizações e emoções de valência negativa associa-se a menores níveis de satisfação com a vida e níveis elevados de bem-estar psicológico associam-se a níveis mais elevados de satisfação com a vida. É importante lembrar que auto-verbalizações e emoções de valência negativa se correlacionam negativamente com bem-estar, sendo portanto, é compreensível que, neste caso, ambas se relacionem de forma diferente com a satisfação com a vida. Em teoria, sendo a satisfação com a vida a avaliação global que o indivíduo faz sobre a sua vida, de acordo com critérios pessoais (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002) e que reflecte o quanto esse indivíduo se percebe distante ou próximo dos seus objectivos (Campbell et. al., 1976, citado por Siqueira & Padovam, 2008), é compreensível a proximidade entre este construto e o bem-estar psicológico que contém em si o propósito de vida, como manutenção de objetivos, intenções e de direcção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado (Ryff, 1989). Além disso, é importante referir que a satisfação com a vida é um dos três componentes do bem-estar subjectivo e que a soma das três componentes do BES é um preditor de bem-estar psicológico (McMahan & Estes, 2011). Porque pensamos nestas relações em crianças e jovens com diabetes, é importante mencionar que a percepção de qualidade de vida, bem como a não existência de perturbação psicológica e reduzido afecto negativo (estes dois últimos, parte do bem-estar psicológico), são três dos cinco factores considerados importantes para um bom ajustamento à doença crónica segundo Stanton, Collins e Sworowski (2001). Desta forma, estes dois construtos estão intimamente relacionados, existindo inclusive evidências da sua influência mútua, sendo expectável que se relacionassem de forma positiva.

No que respeita às diferenças entre a população com doença e a população sem doença que reflectem o terceiro objectivo estabelecido, sendo a diabetes uma doença crónica que exige mudanças e adaptações nas rotinas e nas emoções dos pacientes, levantou-se as seguintes questões:

Questão 3 – Será que crianças e adolescentes com e sem diabetes utilizam estratégias de auto-regulação emocional diferentes?;

Questão 4 - Será que existem também diferenças em relação aos níveis de bem-estar e satisfação com a vida nestas duas populações?;

Questão 5 - Será que crianças e adolescentes com doença crónica além de utilizarem tendencialmente a Supressão como estratégia de auto-regulação, têm igualmente menores níveis de bem-estar e satisfação com a vida quando comparadas a crianças e adolescentes sem doença crónica?

Posto isto, e respondendo à terceira questão, foram encontradas diferenças entre a população com e sem diabetes relativamente às estratégias de auto-regulação emocional utilizadas. No entanto, não surgiram diferenças significativas aquando do estudo individual de cada estratégia de auto-regulação emocional. Estes resultados parecem revelar que a presença de diabetes aparenta não influenciar a utilização destas estratégias, isto é, estas diferenças parecem não derivar necessariamente da presença ou ausência de doença, mas de outras variáveis pessoais e contextuais.

Quanto à quarta questão, não foram encontradas diferenças entre populações quanto aos níveis de bem estar psicológico e satisfação com a vida. Deste modo, a diabetes parece não afectar os níveis de bem-estar e satisfação com a vida, ao contrário do que a literatura parecia indicar (Bizarro, 2001, Ramussen e colaboradores, 2013). No entanto, o facto de não terem sido encontradas diferenças poderá dever-se às características da amostra com diabetes utilizada neste estudo, uma vez que a mesma foi recolhida numa associação de pacientes com diabetes. Como referido na literatura, existem factores que contribuem para um melhor ajustamento à doença e para consequentes níveis mais elevados de bem-estar e satisfação com a vida. Factores como a avaliação que o indivíduo faz da sua doença (Maes & Karoly, 2005), a percepção de controlo da mesma (Eiser et. al., 2001), o apoio e suporte social de professores e amigos (por exemplo Peters et. al., 2008), o apoio parental e a própria gestão da doença da parte dos pais (Herrman, 2006) ou o acompanhamento médico são factores importantes na adaptação à doença e na adesão aos tratamentos. Tendo a amostra sido recolhida numa associação de crianças e jovens com diabetes, onde os mesmos são seguidos por uma equipa de médicos, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos e sujeitos a consultas de rotina regulares, talvez alguns desses factores como um apoio parental seguro e adaptativo, uma avaliação positiva da doença ou uma boa percepção de controlo da mesma, façam parte do quotidiano destes jovens e contribuam positivamente para a adaptação e gestão da diabetes.

Não existindo diferenças entre as populações, não foi possível responder à quinta questão colocada inicialmente. No entanto, as diferenças apontadas parecem não se verificar.

Existe ainda outra questão muito pertinente para o facto de não existirem diferenças entre as duas populações em termos de estratégias de auto-regulação, bem-estar e satisfação com a vida, pensada inicialmente para este estudo. A não verificação de diferenças parece relacionar-se com o tempo de diagnóstico, ou seja, há quanto tempo a criança ou adolescente foi diagnosticada. Este factor pode ser a explicação para não terem sido encontradas diferenças significativas, uma vez que logo após o diagnóstico e ao longo dos dois primeiros anos pós-diagnóstico decorre um período de dificuldade de adaptação à diabetes e que padrões de adesão ao tratamento se estabelecem nos primeiros 2 a 4 anos (Jacobson et. al., 1990, citado por Lopes Silva, 2006). Neste sentido, podemos questionar se as maiores dificuldades, redução dos níveis de bem-estar e satisfação com a vida ou mesmo o uso de estratégias de auto-regulação emocional consideradas pouco adaptativas, tais como a supressão, ocorrerão nestes primeiros anos de adaptação. No presente estudo, esta distinção não foi realizada e esta questão não foi investigada devido à dimensão da amostra. No entanto, esta foi maioritariamente constituída por crianças e adolescentes com mais de 3 anos de diagnóstico de diabetes. Assim sendo, este factor poderá ter levado à igualdade das populações, sugerindo que estas crianças e adolescentes se encontram adaptados à sua doença, possuem bons níveis de bem-estar e satisfação com a vida e utilizam ainda estratégias de auto-regulação adaptativas.

5.2 Conclusões

Nesta secção, encontram-se resumidamente descritas as principais conclusões da investigação.

Num primeiro estudo às propriedades psicométricas do ERQ-CA com crianças e adolescentes portugueses conclui-se que o mesmo poderá constituir uma ferramenta útil para a avaliação da utilização de estratégias de auto-regulação emocional. No entanto, é importante não esquecer que este apresentou uma nova estrutura factorial diferente da original e que carece de estudos e melhor compreensão. Quanto à análise das propriedades psicométricas da EBEP, verificaram-se bom níveis de precisão, embora tenha surgido uma nova estrutura factorial de três factores. O estudo psicométrico da ESV concluiu que a mesma pode ser utilizada com níveis de precisão satisfatórios numa população de crianças e adolescentes.

O estudo correlacional das variáveis em estudo em crianças e adolescentes com diabetes apresentou evidências de que existem relações efectivamente entre as estratégias de auto-regulação emocional e o bem-estar psicológico. Mais especificamente, a Supressão Emocional relaciona-se inversamente com a percepção de apoio social e com o bem-estar

psicológico, enquanto que a Reavaliação Cognitiva relaciona-se directamente com a presença de auto-verbalizações e emoções de valência positiva. Assim, (1) crianças e adolescentes com diabetes que utilizam tendencialmente a supressão tendem a ter uma percepção mais baixa de apoio social e níveis mais reduzidos de bem-estar psicológico e, (2) crianças e adolescentes com diabetes que utilizam tendencialmente a reavaliação apresentam mais auto-verbalizações e emoções de valência positiva, o que poderá supor maiores níveis de felicidade e optimismo ou uma percepção mais elevada de competências. Estes resultados confirmam estudos anteriores de Gross e John (2003, 2004) que constituem a base teórica do ERQ-CA. No entanto, não foram verificadas relações significativas entre as estratégias de auto-regulação emocional e a satisfação com a vida.

Foram também encontradas relações entre as várias dimensões do bem-estar psicológico, bem como entre este e a satisfação com a vida. Assim, e uma vez que quem utiliza mais a supressão tende a apresentar níveis mais baixos de bem-estar, e como o bem-estar psicológico se encontra associado a maiores níveis de satisfação com a vida, muito provavelmente, a supressão se encontrará associada a menores níveis de satisfação com a vida, porém, esta relação não foi estatisticamente significativa.

Quanto ao estudo sobre a influência da diabetes na utilização das estratégias de auto-regulação emocional e nos níveis de bem-estar psicológico e satisfação com a vida, a doença parece não afectar estas três variáveis. No entanto, é necessário interpretar estes resultados com algum cuidado uma vez que existem factores que poderão explicar o facto de não terem sido encontradas diferenças, principalmente os que se relacionam com as características da amostra utilizada (por exemplo: tempo de diagnóstico, acompanhamento médico adequado, apoio psicossocial).

5.3. Implicações

Os resultados da presente investigação apontam para algumas implicações para a intervenção com crianças e adolescentes em adaptação à diabetes, uma vez que contribui para a compreensão da relação entre as estratégias de auto-regulação emocional e o bem-estar psicológico. Nesta linha de raciocínio, a maior implicação do presente estudo é a confirmação da associação entre Supressão Emocional e níveis mais reduzidos de bem-estar psicológico e apoio social, e da associação entre a Reavaliação Cognitiva e a presença de auto-verbalizações e emoções de valência positiva. Assim sendo, maiores de níveis de felicidade, optimismo e percepção de maior competência, parecem indicar maiores níveis de bem-estar psicológico. Por

consequente, estas relações são importantes a ter em consideração no trabalho com crianças e adolescentes em adaptação à doença uma vez que utilização da Reavaliação Cognitiva parece mais adaptativo e ter implicações no bem-estar psicológico destes jovens.

5.4 Limitações e Questões Futuras de Investigação

Nesta secção serão apresentadas algumas limitações do presente estudo, bem como algumas propostas para investigações futuras.

Em primeiro lugar, é importante tecer algumas considerações sobre o questionário estudado, o ERQ-CA. Embora este questionário pareça ser uma medida promissora das estratégias de auto-regulação emocional, surgiram níveis mais reduzidos de precisão em ambas as populações estudadas, bem como uma nova estrutura com uma nova subescala - *Distração*. Consideramos que possivelmente a tradução efectuada poderá ter estado na origem do surgimento de uma nova subescala e que poderá ter, desta forma, influenciado a consistência interna das subescalas. Outra explicação para os dois índices de precisão mais reduzidos poderá ser o número reduzido de itens por subescala, pois este tende a diminuir o alfa de Cronbach. Assim, sugerimos que estudos futuros se debrucem sobre o esboço de uma tradução do ERQ-CA adequada às características das crianças e jovens portugueses, bem como sobre as características psicométricas deste questionário, uma vez que este parece ser pioneiro na avaliação das estratégias de auto-regulação emocional em crianças e adolescentes.

Uma segunda limitação poderá relacionar-se com o facto de não terem sido efectuadas análises factoriais confirmatórias, mas sim unicamente exploratórias. Uma vez que os instrumentos utilizados já possuíam uma estrutura factorial proposta, teria sido interessante realizar análises factoriais confirmatórias. Propõe-se assim que futuramente sejam realizadas análises confirmatórias aos instrumentos, principalmente ao ERQ-CA, a fim de elucidar a sua estrutura para a população portuguesa.

Outra possível limitação prende-se com o alargamento da faixa etária de aplicação da EBEPa, uma vez que esta escala foi aplicada a crianças de 10 e 11 anos, faixa etária para a qual não se encontrava ainda validada. Embora tenham sido efectuadas análises factoriais para averiguar se estes participantes mais novos tinham influenciado a estrutura do instrumento e se tenha concluído que tal não se verificou, consideramos ser importante investigar o comportamento desta escala em crianças mais novas e concomitantemente pensar sobre a sua adaptação para estas idades. É de notar que além das análises factoriais, mais nada foi feito para investigar o seu comportamento, uma vez que apresentou bons índices de precisão. Todavia,

aquando da aplicação foram notadas algumas dificuldades na compreensão de alguns itens pelas crianças destas idades, muito provavelmente devido ao seu nível de maturidade e desenvolvimento cognitivo.

A quarta limitação deste estudo relaciona-se com a dimensão da amostra com doença crónica. Por ser uma amostra com características tão específicas e, de certa forma, delicadas, não foi possível recolher um número muito elevado de dados em tão pouco tempo, uma vez que todas as aplicações foram feitas individualmente e entre consultas médicas. Esta questão da dimensão reduzida da amostra com diabetes limitou o estudo psicométrico dos instrumentos, uma vez que não puderam ser realizadas análises factoriais, bem como poderá ter influenciado a comparação entre grupos devido à disparidade de dimensão entre as subamostras. Para além dos factores supramencionados, a reduzida dimensão não permitiu investigar a já referida influência do tempo de diagnóstico nas estratégias de auto-regulação, bem como no bem-estar psicológico e satisfação com a vida. Seria interessante que estudos futuros pudessem realizar investigações com um maior número de crianças e adolescentes com diabetes que permitisse não só um estudo mais aprofundado das qualidades psicométricas do questionário em estudo (ERQ-CA), mas principalmente a investigação da influência do tempo de diagnóstico, uma vez que esta variável poderá ser determinante na adaptação à doença e tanto na utilização das estratégias de auto-regulação emocional como na mudança dos níveis de bem-estar psicológico e satisfação com a vida.

Em suma, o presente estudo pretendeu contribuir para a adaptação e validação do ERQ-CA para a população portuguesa e investigar a relação entre duas estratégias de auto-regulação com bem-estar psicológico e satisfação com a vida em crianças e adolescentes com diabetes. Deste modo, a presente investigação demonstra modestas implicações clínicas para o trabalho terapêutico com estes jovens, principalmente as que dizem respeito à regulação emocional e à forma como esta pode afectar o bem-estar psicológico desta população. Por outro lado, apesar das possíveis limitações apontadas e do cuidado na interpretação dos resultados, o presente estudo parece indicar que a presença de diabetes não altera os níveis de bem-estar ou satisfação com a vida destas crianças e jovens. Quanto às estratégias de regulação emocional, a diabetes parece levar a diferenças, no entanto não foi possível confirmá-las ou investigá-las individualmente e por isso, só em futuras investigações será possível obter mais dados sobre essa questão.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amer, K. (2008). Children's views of their adaptation to type 1 diabetes mellitus. *Pediatric Nursing*, 34 (4), 281-288
- Amiel, S., Sherwin, S., Simonson, D., Lauritano, A., & Tamborlane, W. (1986). Impaired insulin action in puberty: A contributing factor to poor glycemic control in adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 315, 215-219
- Anderson, B. J., Svoren, B., & Laffel, L. (2007). Initiatives to promote effective self-care skills in children and adolescents with diabetes mellitus. *Disease Management and Health Outcomes*, 15, 101-108.
- Anderson, B. J., Vangsness, A., Connel, D., Butler, A., Goebel-Fabbri, A., & Laffel, L. M. B. (2002). Family conflicts, adherence, and glycaemic control in youth with short duration type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 19, 635-642.
- Bazzazian, S., & Besharat, A. (2012). An exploratory model of adjustment to type 1 diabetes based on attachment, coping, and self-regulation theories. *Psychology, Health & Medicine*, 17 (1), 47-58.
- Berridge, K. C., & Winkielman, P. (2003). What is an unconscious emotion: The case for unconscious 'liking'. *Cognition and Emotion*, 17, 181-211.
- Beveridge, R. M., Berg, C. A., Wiebe, D. J., & Palmer, D. L. (2006). Mother and adolescent representations of illness ownership and stressful events surrounding diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 818-827.
- Bizarro, L. (1999). *O bem-estar psicológico durante a adolescência*. Tese de doutoramento inédita, Universidade de Lisboa, Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia, Lisboa.
- Bizarro, L. (2000/2001). A avaliação do bem-estar psicológico na adolescência. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 35, 81-166.
- Bizarro, L. (2001). O bem-estar psicológico de adolescents com insuficiência renal crónica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2), 55-67.

- Bradley, C. (1979). Life events and the control of diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 159-162.
- Casier, A., Goubert, L., Gebhardt, W., Baets, F., Aken, S., Matthys, D., & Crombez, G. (2013). Acceptance, well-being and goals in adolescents with chronic illness: a daily process analysis. *Psychology & Health*, 28 (11), 1337-1351
- Carstensen, L., Mayr, U., Pasupathi, M., & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 644-655.
- Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences*, 46, 460-464
- Davidson, R.J. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12, 307-330.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E., & Lucas, R. F. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 325-337). New York: Guilford.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Eisenberg, N., Fabes R., & Guthrie I. (1997). Coping with stress: the roles of regulation and development. In, Wolchik, S. & Sandler, I. (Eds), *Handbook of Children's Coping: Linking Theory and Intervention*. pp. 41-70. New York: Plenum
- Eiser, J., Riazi, A., Eiser, H., Hammersley, S., & Tooke, J. (2001). Predictors of psychological well-being in types 1 and 2 diabetes. *Psychology & Health*, 16 (1), 99-110.
- Fanzese, A., Valerio, G., & Spagnuolo, M. (2004). Management of diabetes in childhood: are children small adults?. *Clinical Nutrition*, 23, 293-305

- Frier, B., & Fisher, B. (1999). Impaired hypoglycaemia awareness. In Frier, B. & Fisher, B. (Eds) *Hypoglycaemia in Clinical Diabetes*. Wiley, New York, pp. 111-146.
- Folkman, S. (1997). Positive Psychology states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, 45, 1207-1221.
- Fortenberry, K., Wiebe, D., & Berg, C. (2012). Perceptions of treatment control moderate the daily association between negative affect and diabetes problems among adolescents with type 1 diabetes, *Psychology & Health*, 27 (3), 294-309.
- Fridja, N. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Fridja, N. (1993). Mood, emotion episodes and emotions. In M. Lewis & J.M Haviland (Ed) *Handbook of emotions* (pp.381 – 403) New York: Guilford Press.
- Fukunishi, I., Akimoto, M., Horikawa, N., Shirasaka, K., & Yamazaki, T. (1998). Stress and social support in glucose tolerance abnormality. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(4), 361-369.
- Gardete, L. et. al., (2013). Diabetes: factos e números. *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with chronic disease. *Journal of Adolescence*, 32, 449 – 454
- Gold, A., MacLeod, K., Deary, I., & Frier, B. (1995). Changes in mood during acute hypoglycaemia in healthy participants. *Physiology and Behaviour* 58, 501-511.
- Graziano, P., Geffken, G., Williams, L., Lewin, A., Duke, D., Storch, E., & Silverstein, J. (2011). Gender differences in relationships between parental report of self-regulation skills and adolescents' management of type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 12, 410-418.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion- focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington DC: American Psychology Association.
- Greenberg, L. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 11, 3-16

- Greshman, D., & Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Journal of Personality and Individual Differences*, 52, 616-621.
- Gross A., Heimann L., Shapiro R., & Schultz R. (1983). Children with diabetes: Social skills training and HbA_{1c} levels. *Journal of Behavior Modification*, 7, 151–163.
- Gross, J.J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299.
- Gross, J.J (1998b). Antecedent and response focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1) 224-237
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, present and future. *Cognition and emotion* 13 (5) 551 - 573
- Gross, J.J. (2001). Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychology Science*, 10, 214-219.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., Carstensen, L.C., Pasupathi, M., Tsai, J., Gottestam, K., & Hsu, A. (1997). Emotion and aging: Experience, expression and control. *Psychology and Aging*, 12, 590-599.
- Gross J. J., & John, O. (1997). Reveling feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer rating, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.
- Gross J. J., & John, O. (2002). Wise emotion regulation. In Feldman Parret & P.Salovey (Eds) *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp.297-318) New York: Guilford.
- Gross, J.J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and weel-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.

- Gross, J.J., & John, O. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72 (6), 1301 – 1333.
- Gross, J.J., & Thompson, R (2007). Emotion Regulation: Conceptual foundations. In Gross, J. J. (Eds) *Handbook of emotion Regulation* (p.3-24). Ny: The Guilford Press.
- Grylli, V., Wagner, G., Hafferl-Gattermayer, A., Schober, E., & Karwautz, A. (2005). Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 9, 65-72
- Gullone, E., & Taffe, J. (2012). The emotion Regulation questionnaire for children and adolescents (ERQ-CA): a psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24 (2), 409-417.
- Gullone, E., Hughes, E., King, N., & Tongue, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: a 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51 (5), 567-574.
- Helgeson, V. S., Escobar, O., Siminerio, L., & Becker, D. (2010). Relation of stressful life events to metabolic control among adolescents with diabetes: 5-year longitudinal study. *Health Psychology*, 29, 153-159.
- Herrman, J. (2006). Children's and young adolescents' voices: Perceptions of the costs and rewards of diabetes and its treatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 211-221.
- Hermanns, N., Kubiak, T., Kulzer, B., & Haak, T. (2002). Emotional changes during experimentally induced hypoglycaemia in type 1 diabetes. *Journal of Biological Psychology*, 63, 15-44
- Ingerski L., Anderson, B., Dolan, L., & Hood, K. (2010). Blood glucose monitoring and glycemic control in adolescence: contribution of diabetes-specific responsibility and family conflict. *Journal of Adolescent Health*, 47, 191-197
- Ivey, J., Wright, A., & Dashiff, C. (2007). Finding the balance: adolescents with type I diabetes and their parents. *Journal of Pediatric Health Care*, 23 (1) 10-18.
- Jaffe, M., Gullone, E., & Hughes, E. (2010). The roles of temperamental dispositions and perceived parenting behaviors in the use of two emotion regulation strategies in late childhood. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31 (1), 47-59

- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Koole, S. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23 (1), 4-41.
- Kopp, C. B. (1989). Regulation of distress and negative emotions: An integrative review. *Developmental Psychology*, 25, 343-354.
- Kring, A., & Bachorowski, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and emotion*, 13 (5), 575-599.
- Kuhl, J. (2000). A functional-design approach to motivation and self-regulation: The dynamics of personality systems interactions. In Boekaerts, M., Pintrich, P. R., & Zeidner, M. (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 111-169). San Diego: Academic Press.
- Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*. 50, 372-385.
- Larsan, R. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141.
- Law, G., Kelly, T., Huey, D., & Summerbell, C. (2002). Self-management and well-being in adolescents with diabetes mellitus: do illness representations play a regulatory role?. *Journal of Adolescent Health*, 31, 381-385.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lopes Silva, I. (2006). *Psicologia da Diabetes*. Lisboa: Quarteto
- Lourenço, O (2002). *Psicologia de Desenvolvimento Cognitivo*. Coimbra: Almedina
- Maes, S., & Karoly, P. (2005). Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review. *Applied Psychology: An International Review*, 54, 267-299
- Magai, C. (2008). Long-Lived Emotions: A Life Course Perspective on Emotional Development. In Lewis, M., Haviland-Jones, J., Barret, L., (Eds), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press
- Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. Lisboa: Silabo

- McMahan, E., & Estes, D.. (2011). Hedonic versus eudaimonic conceptions of well-being: Evidence of differential associations with experienced well-being. *Social Indicators Research, 103*, 93-108.
- Nabors, L., Lehmkuhl, H., Christos, N., & Andreone, T. L. (2003). Children with diabetes: Perceptions of supports for self-management at school. *Journal of School Health, 73*, pp. 216-221
- Nabors, L. A., McGrady, M. E., & Kichler, J. (2010). Children's attitudes toward their diabetes, locus of control, and HbA1c levels. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 22*, 475-484.
- Neto, F. (1993). The Satisfaction With Life Scale: psychometrics properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence, 22*, 125-34.
- Neugarten, B., Havighurst, R., & Tobin, S. (1961) The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology, 16*, 134-143
- Niedenthal, P. (2007). Embodying emotion. *Science, 316*, 1002-1005.
- Oschner K., & Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion-regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science, 17*, 153- 158.
- Pallant, J (2005) *SPSS survival manual*. Australia: Allen and Unwin
- Pavot, W. & Diener, E (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Journal of Psychological Assessment, 5* (2), 164-172.
- Pennebaker, J.W., & Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman & R.Silver (Eds), *Handbook of health psychology* (pp.263-248). New York: Oxford University Press.
- Peters, C. D., Storch, E. A., Geffken, G. R., Heidgerken, A. D., & Silverstein, J. H. (2008). Victimization of youth with type-1 diabetes by teachers: Relations with adherence and metabolic control. *Journal of Child Health Care, 12* (3), 209-220.
- Ramussen, N., Smith, S., Maxson, J., Bernard, M., Cha, S., Agerter, D., & Shah, N. (2013). Association of HbA1c with emotion regulation, intolerance to uncertainty, and propose in life in type 2 diabetes mellitus. *Primary Care Diabetes, 7*, 214-221

- Riazi, A., Pickup, J., & Bradley, C. (2004). Daily stress and glycaemic control in Type I diabetes: individual differences in magnitude, direction, and timing of stress-reactivity. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 66, 237-244.
- Richards, J. H., & Gross, J. J. (2000). Emotion Regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's coll. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410-424.
- Rogers C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rossman B. (1992). School-age children's perceptions of coping with distress: strategies for emotion regulation and the moderation of adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 1373-97
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sá, I. (2002). O desenvolvimento da compreensão e da regulação das emoções. *Cadernos de Criatividade*, 4, 7-16.
- Scholes, C., Mandelco, B., Roper, S., Dearing, K., Dyches, T., & Freeborn, D. (2013). Young people's experiences of living with type 1 diabetes. *Nursing Practice*, 109 (45), 23-25
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., Rawsthorne, L. J., & Ilardi, B. (1997). Trait self and true self: cross-role variation in the big-five personality traits and its relations with psychology, authenticity and subjective well-being. *Journal of personality and social psychology*, 73, 1380-1393.
- Shin, D., & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as the overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492
- Shulman, R., & Daneman, D. (2010). Type 1 diabetes mellitus in childhood. *Pregnancy, Childhood and Adolescence*, 38 (12) 679-685

- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, 201-209.sultan
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2007) The development of coping. *The Annual Review of Psychology*, 58, 119-44
- Soufre, A. (1996). *Emotional development. The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Stanton, A., Collins, C., & Sworowski L. (2001). Adjustment to chronic illness: theory and research. In Baum, T., (Ed) Revenson, J., Singer, J, *Handbook of Health Psychology*. 387-403. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Stegge, H., & Meerum Tergwogt, M. (2007). Awareness and regulation of emotion in typical and atypical development. In J. J. Gross, (Ed), *Handbook of emotion regulation* (pp.249 – 268) New York: Guilford Press.
- Sultan,S., Epel, E., Sachon, C., Vaillant, G., & Hartemann-Heurtier, A. (2008). A longitudinal study of coping, anxiety and glycemic in adults with type 1 diabetes. *Psychology & Health*, 23 (1), 73-89.
- Szczygiel, D., Buczny, J. & Bazinska, R., (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Journal of Personality and Individual Differences*, 52, 433-437.
- Thompson, S., Auslander, W., & White, N. (2001). Influence of family structure on health among youths with diabetes. *Health and Social Work*, 26, 7-14.
- Tice, D.M., Bratslevsky, E., & Baumaeister, R.F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 53-67.
- Tugade, M. M., & Frederickson, B.L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Vasco, A. (2013). Sinto e penso, logo existo!: abordagem integrativa das emoções. *Psi-Logos*, 11 (1), 37-44

Wilkman, A., Wardle, J. & Steptoe, A. (2011). Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illness: A cross-sectional population based study. *PLoS One* 6 (4), 1-9.

Wennick, A. & Hallstrom, I. (2007). Families' lived experience one year after a child was diagnosed with type 1 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (3), 299-307.

Wolgast, M., Lundh, L., & Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 49, 858-866.

Yeung, D., Wong, C., & Lok, D. (2010). Emotion regulation mediates age differences in emotion. *Journal of Aging and Mental Health*, 15 (3), 414-418.

Young, LD (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 619-627.

ANEXO A

Cartas Formais



Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Secção Clínica e da Saúde

Núcleo de psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa



Caro Exmo Sr Director,

Vimos por este meio solicitar a colaboração da Associação xxxxxxxxx num projecto de Investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia na secção Clínica e da Saúde, núcleo Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A presente investigação tem como objectivo melhorar futuras intervenções psicológicas com crianças e adolescentes. Para isso precisamos de perceber melhor as estratégias de auto-regulação emocional e coping utilizadas pelos jovens e como estas se relacionam com a sua satisfação com a vida e o seu bem-estar psicológico. A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários que não excede os 20 minutos. A participação será necessária apenas num único momento de aplicação.

O anonimato dos participantes será garantido, bem como a confidencialidade sobre a identificação da instituição e dos dados recolhidos. A participação será voluntária, participando apenas quem estiver interessado e assim o quiser fazer. Caso a instituição esteja interessada, poderemos fornecer informação pós-estudo.

Se a qualquer momento tiver dúvidas ou necessitar de qualquer esclarecimento adicional poderá entrar em contacto através do endereço de correio electrónico monicadultra@hotmail.com ou do seguinte telemóvel 910004502.

Desde já agradecemos a sua atenção e preciosa colaboração,

A Aluna de Mestrado,

Mónica Carvalho
Mónica Dultra Carvalho

As orientadoras,

M. Isabel Sá
Professora Doutora Isabel Sá

Luísa Bizarro
Professora Doutora Luísa Bizarro



Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Secção Clínica e da Saúde

Núcleo de psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa



Caro Exmo Sr Director,

Vimos por este meio solicitar a colaboração do Externato xxxxxxxxxx num projecto de Investigação, no âmbito do Mestrado em Psicologia na secção Clínica e da Saúde, núcleo Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A presente investigação tem como objectivo melhorar futuras intervenções psicológicas com crianças e adolescentes. Para isso precisamos de perceber melhor as estratégias de auto-regulação emocional e coping utilizadas pelos jovens e como estas se relacionam com a sua satisfação com a vida e o seu bem-estar psicológico. A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários que não excede os 20 minutos. A participação será necessária apenas num único momento de aplicação.

O anonimato dos alunos participantes será garantido, bem como a confidencialidade sobre a identificação da instituição e dos dados recolhidos. A participação será voluntária, participando apenas quem estiver interessado e assim o quiser fazer. Caso a instituição esteja interessada, poderemos fornecer informação pós-estudo.

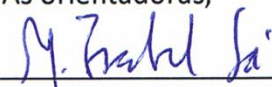
Se a qualquer momento tiver dúvidas ou necessitar de qualquer esclarecimento adicional poderá entrar em contacto através do endereço de correio electrónico monicadultra@hotmail.com ou do seguinte telemóvel 910004502.

Desde já agradecemos a sua atenção e preciosa colaboração,

A Aluna de Mestrado,


Mónica Dultra Carvalho

As orientadoras,


Professora Doutora Isabel Sá


Professora Doutora Luísa Bizarro

ANEXO B

Consentimento Informado



Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Secção Clínica e da Saúde

Núcleo de psicoterapia Cognitivo-Comportamental e Integrativa



Pedido de Participação em Investigação

Caro Exmo (a) Sr (a) Encarregado (a) de Educação,


Vimos por este meio solicitar a sua autorização para a participação do seu educando num projecto de Investigação no âmbito do Mestrado em Psicologia na secção Clínica e da Saúde, núcleo Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. A presente investigação tem como objectivo melhorar futuras intervenções psicológicas com crianças e adolescentes. Para isso precisamos de perceber melhor as estratégias de auto-regulação emocional e coping utilizadas pelos jovens e como estas se relacionam com a sua satisfação com a vida e o seu bem-estar psicológico.

Neste sentido, gostaria de pedir a colaboração do seu educando, no preenchimento de 4 questionários com duração aproximada de 15 a 20 min. Esta participação é estritamente anónima, confidencial (a sua assinatura neste documento não será ligada aos questionários respondidos pelo seu educando, sendo que aos instrumentos será atribuído um código garantindo assim o anonimato das respostas do seu educando) e voluntária (o seu educando poderá desistir a qualquer momento ou poderá escolher não participar).


Se a qualquer momento tiver dúvidas, necessitar de qualquer esclarecimento adicional ou estiver interessado em receber informação pós-estudo, poderá entrar em contacto através do endereço de correio electrónico monicadultra@hotmail.com.

Desde já agradeço a sua atenção e preciosa colaboração.

A Aluna de Mestrado,


Mónica Dultra Carvalho

As orientadoras,


Professora Doutora Isabel Sá


Professora Doutora Luísa Bizarro

Eu, encarregado (a) de educação de _____, tomei conhecimento do objectivo do estudo e compreendo que participação do meu educando (a) é estritamente voluntária, anónima e confidencial. Li e compreendi o conteúdo presente neste consentimento, fui esclarecido (a) em todos os aspectos que considero importantes e autorizo a participação nesta investigação.

Data: __/__/__ Assinatura: _____

ANEXO C

Instrumentos - Escola

Instruções

Estamos interessados em saber o que pensas e como te sentes em relação a alguns aspectos da tua vida. As tuas respostas ajudar-nos-ão a compreender os jovens da tua idade. Para isso, lê atentamente todas as questões e responde aos questionários que se seguem.

Não há respostas certas ou erradas. Deverás escolher a resposta que mais se identifica contigo.

Relembramos que as respostas são anónimas e confidenciais e servem apenas para este estudo. Lembra-te que a participação é voluntária e que podes escolher não participar ou desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências negativas.

Caso estejas interessado, poderemos devolver informação posterior ao estudo.

Qualquer dúvida que tenhas, pergunta.

Idade: _____ Ano de escolaridade: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Local de residência: _____ Local de aplicação: _____
Data de nascimento: _____ Etnia: _____
Profissão mãe: _____ Profissão Pai: _____
Tem diabetes? Sim ☐ Não ☐ Tipo: _____
Há quanto tempo foi diagnosticado? _____

ERQ-CA - Questionário de Regulação Emocional – Crianças e Adolescentes

Estas 10 afirmações são sobre como te sentes, e como mostras as tuas emoções e sentimentos. Algumas das afirmações podem ser parecidas, mas são diferentes em alguns aspectos importantes.

Por favor lê cada frase e assinala a opção que é mais verdadeira para ti. Tenta não demorar muito em nenhum dos itens. Lembra-te: isto não é um teste. Não há respostas certas ou erradas. Gostávamos de saber o que pensas.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.Quando me quero sentir mais feliz, penso em algo diferente.					
2.Guardo os meus sentimentos para mim próprio (a)					
3. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangado, preocupado), penso em algo diferente.					
4. Quando me sinto feliz, tenho cuidado para não o mostrar.					
4. Quando estou preocupado com alguma coisa, tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor.					
6. Eu controlo os meus sentimentos não os mostrando.					
7. Quando me quero sentir mais feliz em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso nela.					
8. Eu controlo os meus sentimentos sobre as coisas, mudando a forma como penso sobre elas.					
9. Quando me sinto mal (ex. triste, zangado, preocupado) tenho cuidado para não o mostrar					
10. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangado, preocupado), em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso sobre isso.					

EBEPA - Escala de bem-estar psicológico para adolescentes

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que representam sentimentos, pensamentos e opiniões que possas ter tido, em relação a ti próprio, **durante as últimas semanas** (3 a 4 semanas). Assinala, no quadrado respectivo, a frequência com que os tiveste, durante esse período de tempo.

Não há respostas certas nem erradas. Responde com sinceridade, pensando apenas em ti.

1.Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros						
2.Tive um amigo íntimo que me compreendeu mesmo						
3.Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar						
4.Senti-me triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena						
5.Gostei de mim próprio						
6.Andei irritado						
7.Consegui o lado positivo das coisas						
8.Achei a minha vida sem qualquer interesse						
9.Tive um/a amigo/a a quem pude contar os meus problemas						
10.Gostei das coisas que fazia						
11.Senti-me nervoso, tenso						
12.Senti-me uma pessoa feliz						

Durante as últimas semanas...	Sempre	A maior parte das vezes	Bastantes vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
13. Estive empenhado nas coisas que fazia						
14. Senti-me ao ponto de explodir						
15. Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres						
16. Achei que nada aconteceu como esperava						
17. Tive dores de cabeça						
18. Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia-a-dia						
19. Achei que tinha alguém com quem podia desabafar						
20. Senti-me ansioso, preocupado						
21. Achei que não tinha nada a esperar do futuro						
22. Achei que não era capaz de fazer nada bem feito						
23. Senti dificuldade em me acalmar						
24. Aconteceram na minha vida coisas de que gostei						
25. Achei que tinha um verdadeiro amigo						
26. Senti-me tão baixo que nada me conseguiu animar						
27. Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com amigos						
28. Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar						

CPCQ – Child Perceived Coping Questionnaire

O que costumo fazer quando acontece uma coisa má?

	4 – Sempre	3 - Muitas vezes	2 - Às vezes	1 - Nunca
1. Conto à Mãe ou ao Pai o que estou a sentir.				
2. Tento afastar-me da situação má durante algum tempo.				
3. Gosto de ir jogar ou brincar com alguém quando me sinto mal				
4. Saio e vou saltar, correr, jogar com os meus amigos				
5. Tento pensar no que a Mãe e o Pai fariam para resolver o problema.				
6. Costumo amuar ou queixar-me quando algo de mau me acontece				
7. Tento uma magia ou “faço” de conta para me livrar do que me aconteceu				
8. Quando as coisas correm mal peço ajuda a um amigo				
9. Invento uma história sobre o que me aconteceu				
10. Quando as coisas correm mal converso com os meus amigos				
11. Peço ajuda Mãe ou ao Pai				
12. Arranjo um livro para ver e esquecer o que aconteceu				
13. Roo as unhas quando me sinto mal				
14. Choro um bocadinho quando me sinto mal				
15. Gosto de me esconder durante algum tempo				
16. Converso com a Mãe ou o Pai para perceber como lidar o que está mal.				
17. Tento que eu o meu herói favorito resolva o problema				
18. Tento jogar ou fazer alguma coisa sozinho para não pensar no que aconteceu				

	4 – Sempre	3 - Muitas vezes	2 - Às vezes	1 - Nunca
19. Converso com um amigo para saber o que posso fazer para resolver o problema				
20. Gosto de pensar que a Mãe o Pai gostam muito de mim				
21. Quando estou triste gosto de ver TV				
22. Digo a mim mesmo que tudo se vai resolver				
23. Respiro fundo várias vezes para me acalmar				
24. Tento pensar como resolver o problema ou mudar o que está errado				
25. Esforço-me por pensar numa coisa divertida				
26. Tento acalmar-me e relaxar				
27. Esforço-me muito por esquecer o que aconteceu				
28. Quando me sinto mal, grito ajuda-me				
29. Tento lembrar-me de algo que a Mãe e o Pai fizeram numa situação semelhante.				
30. Quando me sinto mal ajuda-me bater em alguém ou entrar numa briga				

ESV - Escala de Satisfação com a Vida

A seguir estão cinco afirmações com as quais podes concordar ou discordar. Numa escala de 1 a 7, indica o teu grau de acordo com cada afirmação.

(1- Fortemente em desacordo, 2- Desacordo, 3- Levemente em desacordo, 4 – Nem acordo, nem desacordo, 5- Levemente de acordo, 6 – Acordo, 7 – Fortemente de acordo)

1. Em muitos aspectos, a minha vida aproxima-se dos meus ideais	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO D

Instrumentos - Associação

Instruções

Estamos interessados em saber o que pensas e como te sentes em relação a alguns aspectos da tua vida. As tuas respostas ajudar-nos-ão a compreender os jovens da tua idade. Para isso, lê atentamente todas as questões e responde aos questionários que se seguem. Não há respostas certas ou erradas. Deverás escolher a resposta que mais se identifica contigo.

Relembramos que as respostas são anónimas e confidenciais e servem apenas para este estudo. Lembra-te que a participação é voluntária e que podes escolher não participar ou desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências negativas. Caso estejas interessado, poderemos devolver informação pós-estudo. Qualquer dúvida que tenhas, pergunta.

Idade: ____ Data de nascimento: ____ Escolaridade: ____ Sexo: M ☐ F ☐

Local de residência: ____ Local de aplicação: ____

Profissão mãe: ____ Profissão Pai: ____

Diabetes: Tipo: ____ Há quanto tempo foi diagnosticado? ____

ESV - Escala de Satisfação com a Vida

A seguir estão cinco afirmações com as quais podes concordar ou discordar. Numa escala de 1 a 7, indica o teu grau de acordo com a afirmação.

(1- Fortemente em desacordo, 2- Desacordo, 3- Levemente em desacordo, 4 – Nem acordo, nem desacordo, 5- Levemente de acordo, 6 – Acordo, 7 – Fortemente de acordo)

1. Em muitos aspectos a minha vida aproxima-se dos meus ideais	1	2	3	4	5	6	7
2. As minhas condições de vida são excelentes	1	2	3	4	5	6	7
3. Estou satisfeito com a minha vida	1	2	3	4	5	6	7
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida	1	2	3	4	5	6	7
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada	1	2	3	4	5	6	7

ERQ-CA - Questionário de Regulação Emocional – Crianças e Adolescentes

Estas 10 afirmações são sobre como te sentes, e como mostras as tuas emoções e sentimentos. Algumas das afirmações podem ser parecidas, mas são diferentes em alguns aspectos importantes.

Por favor lê cada frase e assinala a opção que é mais verdadeira para ti. Tenta não demorar muito em nenhum dos itens. Lembra-te: isto não é um teste. Não há respostas certas ou erradas. Gostávamos de saber o que pensas.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1.Quando me quero sentir mais feliz, penso em algo diferente.					
2.Guardo os meus sentimentos para mim próprio (a)					
3. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangado, preocupado), penso em algo diferente.					
4. Quando me sinto feliz, tenho cuidado para não o mostrar.					
5. Quando estou preocupado com alguma coisa, tento pensar nela de uma forma a ajudar-me a sentir melhor.					
6. Eu controlo os meus sentimentos não os mostrando.					
7. Quando me quero sentir mais feliz em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso nela.					
8. Eu controlo os meus sentimentos sobre as coisas mudando a forma como penso sobre elas.					
9. Quando me sinto mal (ex. triste, zangado, preocupado), tenho cuidado em não o mostrar.					
10. Quando me quero sentir menos mal (ex. triste, zangado, preocupado), em relação a alguma coisa, mudo a forma como penso sobre isso.					

EBEPA - Escala de bem-estar psicológico para adolescentes

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que representam sentimentos, pensamentos e opiniões que possas ter tido, em relação a ti próprio, **durante as últimas semanas** (3 a 4 semanas). Assinala, no quadrado respectivo, a frequência com que os tiveste, durante esse período de tempo.

Não há respostas certas nem erradas. Responde com sinceridade, pensando apenas em ti.

Durante as últimas semanas....	Sempre	A maior parte das vezes	Bastantes vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
1.Achei que era capaz de fazer as coisas tão bem como os outros						
2.Tive um amigo íntimo que me compreendeu mesmo						
3.Achei que era capaz de ser suficientemente bom no trabalho escolar						
4.Senti-me triste e desencorajado a ponto de achar que já nada valia a pena						
5.Gostei de mim próprio						
6.Andei irritado						
7.Consegui o lado positivo das coisas						
8.Achei a minha vida sem qualquer interesse						
9.Tive um/a amigo/a a quem pude contar os meus problemas						
10.Gostei das coisas que fazia						
11.Senti-me nervoso, tenso						
12.Senti-me uma pessoa feliz						

Durante as últimas semanas...	Sempre	A maior parte das vezes	Bastantes vezes	Algumas vezes	Raras vezes	Nunca
13. Estive empenhado nas coisas que fazia						
14. Senti-me ao ponto de explodir						
15. Tive colegas ou amigos com quem pude passar os meus tempos livres						
16. Achei que nada aconteceu como esperava						
17. Tive dores de cabeça						
18. Achei que era capaz de resolver os meus problemas do dia-a-dia						
19. Achei que tinha alguém com quem podia desabafar						
20. Senti-me ansioso, preocupado						
21. Achei que não tinha nada a esperar do futuro						
22. Achei que não era capaz de fazer nada bem feito						
23. Senti dificuldade em me acalmar						
24. Aconteceram na minha vida coisas de que gostei						
25. Achei que tinha alguém verdadeiramente ao meu lado						
26. Senti-me tão em baixo que nada me conseguiu animar						
27. Achei que era capaz de resolver os problemas que tive com amigos						
28. Tive colegas ou amigos com quem gostei de estar						

